



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi

**PRİMİGRAVİDALARA UYGULANAN ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN
PSİKOSOSYAL SAĞLIK, DOĞUM KORKUSU VE DOĞUM SONU GÜVENLİK
HİSLERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

YEŞİM ANIK ÇANKAYA
ORCID: 0000-0003-4832-3362

Danışman
DOÇ. DR. KAMİLE ALTUNTUĞ
ORCID: 0000-0002-0215-6143

Bu tez çalışması Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinatörlüğü tarafından 21149001 numaralı proje ile desteklenmiştir.

KONYA-2023

TEŞEKKÜR

Akademik hayatım ve lisansüstü eğitimim süresince bilgisini, deneyimini ve değerli zamanını paylaşan, beni her açıdan destekleyen, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım, her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve tez çalışmamda göstermiş olduğu destekleyici yaklaşım, anlayış ve hoşgöründen dolayı değerli danışmanım Doç. Dr. Sayın Kamile ALTUNTUĞ' a,

Lisansüstü eğitimim süresince akademik bilgi ve tecrübesi ile bireysel ve mesleki gelişimimi destekleyen, vizyonumu geliştiren, beraber çalışmaktan onur duyduğum değerli hocam Prof. Dr. Sayın Emel EGE' ye,

Tez izlem jürimde bulunarak bilimsel araştırma teknikleri konusunda değerli önerileriyle katkı sağlayan Prof. Dr. Sayın Deniz TANYER'e,

Tez savunma sınavımda değerli bilimsel katkılarından dolayı Prof. Dr. Sayın Sema YILMAZ'a ve Prof. Dr. Sayın Emine GEÇKİL'e,

Araştırma süresince yardımını ve desteğini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sevgili gebelere,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman hissettiren, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan canımdan kıymetli ailem; annem Ayten ANIK, babam Velit ANIK, ablam Yaprak ANIK ARI ve sevgili eşi Dr. Mehmet ARI' ya, kız kardeşlerim Bahar ANIK, Pınar ANIK, Dr. Zeynep ANIK' a,

Varlığıyla bana güç ve huzur veren, canımdan çok sevdiğim biricik yeğenim Mehmet ARI' ya,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, tez çalışmam süresince beni sabırla ve fedakârlıkla destekleyen sevgili eşim Öğr. Dr. Musa ÇANKAYA' ya,

Teşekkür ederim..

Yeşim ANIK ÇANKAYA

(Mart 2023)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TEZ ONAY SAYFASI	v
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vi
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	7
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Gebelik ve Psikososyal Sağlık	8
2.1.1. Birinci trimesterde psikososyal sağlık.....	12
2.1.2. İkinci trimesterde psikososyal sağlık	13
2.1.3. Üçüncü trimesterde psikososyal sağlık	15
2.1.4. Psikososyal sağlık bakımında hemşirenin sorumlulukları	17
2.2. Doğum Korkusu	19
2.2.1. Primer tokofobi	20
2.2.2. Sekonder tokofobi	20
2.2.3. Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi	21
2.2.4. Doğum korkusu prevalansı.....	21
2.2.5. Doğum korkusuna neden olan faktörler	22
2.2.6. Doğum korkusunun etkileri.....	26
2.2.7. Doğum korkusuyla baş etmeye yönelik müdahaleler.....	29
2.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım	37
2.3.1. Çözüm odaklı yaklaşımın temel felsefesi.....	39
2.3.2. Çözüm odaklı yaklaşımın ilkeleri	39
2.3.3. Çözüm odaklı yaklaşımın varsayımları.....	42
2.3.4. Çözüm odaklı yaklaşımın aşamaları ve teknikleri	43
2.3.5. Çözüm odaklı yaklaşımın uygulanma süreci	55
2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik.....	57
2.4.1. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliğinde çözüm odaklı yaklaşım.....	59

2.5. Doğum Sonu Dönem ve Özellikleri	61
2.6. Güvenlik Hissi Kavramı	65
2.6.1. Doğum sonu dönemde güvenlik hissinin önemi	66
2.6.2. Doğum sonu dönemde güvenlik hissinin gelişmesinde hemşirenin rolü	75
3. GEREÇ VE YÖNTEM	78
3.1. Araştırmanın Türü	78
3.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	78
3.3. Veri Toplama Araçları ve/veya Teknikleri	85
3.4. Araştırmanın Uygulanması	88
3.5. Verilerin Toplanması.....	91
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	91
3.7. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	91
3.7.1. Araştırmanın güçlü yönleri.....	91
3.7.2. Araştırmanın sınırlılıkları.....	92
4. BULGULAR	94
5. TARTIŞMA	109
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	124
6.1.Sonuçlar.....	124
6.2.Öneriler.....	126
7.KAYNAKLAR.....	128
8.EKLER.....	153

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi **Yeşim ANIK ÇANKAYA**'nın "**Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 01.03.2023

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Emel EGE Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Deniz TANYER Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Sema YILMAZ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	İmzası
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Emine GEÇKİL Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 05/04/2023 tarih ve 07/03 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma başlıklı tez çalışmamın toplam **203** sayfalık kısmına ilişkin, 27.03.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%12** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

27.03.2023

İmza

Yeşim ANIK ÇANKAYA

İmza

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

01.03.2023

İmza

Yeşim ANIK ÇANKAYA

SİMGELER VE KISALTMALAR

KISALTMALAR

ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği)
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
GPSDÖ	Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği
ITT	Intention to Treat
NLP	Nöro Linguistik Programlama
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
PP	Per-protokol
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder (Post Travmatik Stres Bozukluğu)
P-LI-SS-IT:	Permission (İzin Verme), Limited Information (Sınırlı Bilgi), Specific Suggestions (Özel Öneriler), Intensive Therapy (Yoğun Terapi)
PPHAS	Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
W-DEQ (A)	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A (Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu)
W-DEQ (B)	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B (Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu)
EARS	Eliciting (Ortaya çıkarma), Amplifying (Güçlendirme), Reinforcing (Pekiştirme), Start over again (Eyleme Geçme)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Çalışma grubunun hesaplanmasında esas alınan ölçek puanları.....	78
Tablo 4.1.1. Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı	95
Tablo 4.1.2. Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı.....	97
Tablo 4.2.1. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi.....	98
Tablo 4.2.2. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi.....	99
Tablo 4.3.1. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi.....	101
Tablo 4.3.2. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi.....	103
Tablo 4.4.1. Gebelerin wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (B versiyonu) puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması	105
Tablo 4.5.1. Gebelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması	107

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Maslow’ un ihtiyaçlar hiyerarşisi.....	66
Şekil 3.1. G Power 3.1.9.7 programı ile yapılan güç analizi.....	79
Şekil 3.2. Random.org sitesine göre 1 ile 6 arasında oluşturulan bloklar	82
Şekil 3.3. Blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubunun oluşturulması.....	83
Şekil 3.4. Primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisi: Randomize kontrollü çalışmanın girişim ve kontrol grubu CONSORT (2017) akış şeması	84
Şekil 4.1. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi.....	99
Şekil 4.2. ITT analiz sonucuna göre gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi	100
Şekil 4.3. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi	103
Şekil 4.4. ITT analiz sonucuna göre wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi	104

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Doktora Tezi

PRİMİGRAVİDALARA UYGULANAN ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIMIN PSİKOSOSYAL SAĞLIK, DOĞUM KORKUSU VE DOĞUM SONU GÜVENLİK HİSLERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Yeşim ANIK ÇANKAYA

Konya-2023

Araştırma, primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini belirlemek amacıyla randomize, son test-kontrol gruplu, paralel grup deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma, Konya ili kent merkezinde yer alan bir üniversite hastanesinde 20 Eylül 2021-27 Mayıs 2022 tarihleri arasında, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 96 primigravida (girişim grubu: 48, kontrol grubu: 48) ile yürütülmüştür. Çalışma grubuna dahil edilen primigravidalar blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubuna atanmıştır. Girişim grubunda yer alan gebelere, 32. gebelik haftasında başlanarak, haftada bir defa olmak üzere toplam dört oturum Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı uygulanmıştır. Program tamamlandıktan sonra girişim grubundaki gebelere araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelere ise rutin hastane uygulamalarının dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebeler, 35. gebelik haftasının sonunda, 37-40. gebelik haftasında, doğum sonu ilk 24 saat içinde ve doğum sonu birinci haftanın sonunda tekrar değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve B Versiyonları, Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ve karma desenli ANOVA testi kullanılmıştır.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi GPSDÖ puan ortalamaları benzerken ($p>0,05$), girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0,445$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi W-DEQ (A) puan ortalamaları benzerken ($p>0,05$), girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası W-DEQ (A) puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-3,051$; $d=-3,052$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) toplam puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-3,051$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda yer alan annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=1,852$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; primigravidalara uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın psikososyal sağlık düzeyini arttırdığı ve doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır. Gebelikte psikososyal sağlığı güçlendirmenin ve doğum korkusunun yönetilmesinin, doğum sonu döneme olumlu yansıdığı ve annelerin doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; gebelerin psikososyal sağlığını güçlendirmek, doğum korku düzeylerini azaltmak ve doğum sonu güvenlik hislerini arttırmak amacıyla planlanan müdahalelere, Çözüm Odaklı Yaklaşım yöntemine dayalı danışmanlık programının entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Çözüm odaklı yaklaşım, Doğum korkusu, Psikososyal sağlık, Güvenlik hissi.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Health Sciences Institute
Department of Nursing
Obstetrics and Gynecology Nursing
PhD Thesis

EFFECTS OF SOLUTION-ORIENTED APPROACH APPLIED TO PRIMIGRAVIDAS ON PSYCHOSOCIAL HEALTH, FEAR OF CHILDBIRTH AND POSTNATAL SENSES OF SECURITY: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Yeşim ANIK ÇANKAYA

KONYA-2023

The study was conducted as a randomized, post-test-control group, parallel group experimental study in order to determine the effect of the solution-oriented approach applied to primigravidas on psychosocial health, fear of childbirth and postnatal security feelings. The study was carried out in a university hospital located in the city center of Konya, between 20 September 2021 and 27 May 2022, with 96 primigravidas (intervention group: 48, control group: 48) who met the inclusion criteria of the study. Primigravidas included in the study group were assigned to the intervention and control groups by the block randomization method. A total of four sessions of Solution-Focused Approach Program were applied to the pregnant women in the intervention group, once a week, starting at the 32nd gestational week. After the program was completed, a training booklet prepared by the researcher was given to the pregnant women in the intervention group. No intervention was made to the pregnant women in the control group other than routine hospital practices. Pregnant women in the intervention and control groups were re-evaluated at the end of the 35th week of pregnancy, 37-40 in the gestational week, within the first 24 hours postpartum and at the end of the first postpartum week. Information Form, Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS), Wijma Birth Expectancy/Experience Scale (W-DEQ) A and B versions and Mothers' Postnatal Sense of Security Scale were used to collect data. In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, t-test for independent groups, one-way and mixed-pattern ANOVA test were used for repeated measurements.

It was determined that the pregnant women in the intervention and control groups had similar socio-demographic and obstetric characteristics and there was no statistical difference between the groups ($p>0.05$). While the mean PPHAS scores of the pregnant women in the intervention and control groups were similar before the education ($p>0.05$), the mean scores of the pregnant women in the intervention group after the education were significantly higher ($p<0.05$) and the effect size ($d=0.445$) was determined to be moderate. While the mean W-DEQ (A) scores of the pregnant women in the intervention and control groups were similar before the education ($p>0.05$), the pregnant women in the intervention group were post-training and 37-40 week of gestation W-DEQ (A) mean scores were significantly lower than the control group ($p<0.01$) and the effect sizes ($d=-3.051$; $d=-3.052$, respectively) were found to be high. W-DEQ (B) total mean scores of the mothers in the intervention group were significantly lower than the mean score of the mothers in the control group ($p<0.01$) and the effect size ($d=-3.051$) was found to be high. Postnatal Sense of Security Scale mean scores of the mothers in the intervention group were significantly higher than the mean scores of the mothers in the control group ($p<0.01$) and the effect size ($d=1.852$) was found to be high.

In conclusion; It was determined that the Solution-Focused Approach applied to primigravidas increased the psychosocial health level and decreased the fear of childbirth. It was determined that strengthening psychosocial health and managing the fear of childbirth during pregnancy have a positive effect on the postpartum period and increase the postnatal security feelings of mothers. According to the research results; It is recommended that a counseling program based on the Solution-Focused Approach should be integrated into the planned interventions in order to strengthen the psychosocial health of pregnant women, reduce their fear of childbirth and increase their postnatal security feelings.

Keywords: Pregnancy, Solution-focused approach, Fear of childbirth, Psychosocial health, Sense of security.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, yeni rollerin kazanıldığı ve değişim sürecine uyumu gerektiren özel ve eşsiz bir süreçtir (Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Kadınlar gebelik sürecini olumlu bir deneyim olarak algılayabildikleri gibi kaygı, stres, kararsızlık, korku gibi olumsuz emosyonel değişimlerin yaşanabileceği bir dönem olarak da anlamlandırabilmektedir (Kumcağız ve ark., 2017; Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Bu duygusal değişimler gebelik döneminde psikososyal sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Gebelikte psikososyal sağlık, gebenin psikolojik, sosyal ve emosyonel anlamda tam bir iyilik halinde hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Bakır ve Sarıazım, 2020). Kadının gebelik süresince yaşadığı kaygı ve stres, var olan sağlık sorunları, evlilik-eş ilişkisinde yaşanan sorunlar, aile içi şiddet öyküsü, geçmiş öyküsünde psikiyatrik bir hastalığın varlığı, sosyo-ekonomik sorunlar, gebeliğin istenme durumu, gebelikte yaşanan biyopsikososyal değişimlere verdiği tepki ve yaşadığı güçlükler, gebelikte sosyal ve duygusal destek alma durumu, sigara, alkol ve madde kullanımı, sosyal izolasyon, sağlıklı yaşam davranışları ve düşük özsaygı gebelikte psikososyal sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Robinson ve ark., 2016; Körükcü ve ark., 2017; Ogbo ve ark., 2018; Bulut ve Yiğitbaş, 2018; Özşahin ve ark., 2018; Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt, 2019, Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz, 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021; Doğrusoy ve Çoban, 2021; Qudsieh ve ark., 2022). Gebelikte psikososyal sağlığı tehdit eden en önemli faktörlerden biri de doğum korkusudur (Kilic ve Yılmaz, 2022).

Doğum korkusu, perinatal dönemde herhangi bir zaman aralığında ortaya çıkan, doğum eylemi için normal psikolojik hazırlık aşamasını engelleyen, ebeveynliğe geçiş sürecini zorlaştıran ve doğum yapmaya yönelik yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır (Fenwick ve ark., 2015; Nilsson ve ark., 2018; Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021). Doğum korkusu, hemen hemen her gebede farklı düzeylerde ortaya çıkan, kadını ve ailesini gebelik, doğum ve postpartum dönemlerde etkileyebilen ve oldukça yaygın görülen bir durumdur (Dencker ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). O' Connell ve ark. (2017) tarafından yapılan 18 farklı ülkeden verilerin incelendiği metaanaliz çalışmasında; doğum korkusu prevalansının %3,7 ile %43,0 arasında değiştiği, küresel tokofobi (gebe kalmaktan kaçınmaya neden olan ve doğum esnasında öleceğine yönelik hissedilen patolojik korku) oranının ise %14,0 olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; doğum korkusu prevalansının %15,6 ile %82,6 arasında değiştiği görülmektedir (Dönmez ve ark., 2014; Aksoy 2015;

Bülbül ve ark., 2016; Erkaya ve ark., 2017; Okumus ve Sahin, 2017; Şahin ve ark., 2019; Serçekuş ve ark., 2020; Koc ve ark., 2021; Gökçe İsbir ve ark., 2022). Ülkemizde yapılan çalışmalarda doğum korku oranlarında ki bu farklılıkların; sosyokültürel etmenler, çalışmaların farklı illerde yürütülmesi, parite, gebelerin antenatal bakım hizmeti alma durumu ve doğum korku düzeyini belirlemek amacıyla farklı ölçüm araçlarının kullanılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde, primigravidalar ve nulliparlarda doğum korku düzeyinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; gebelerin doğum korkularının orta düzeyde (Kizilirmak ve Başer, 2016; Bektaş, 2019; Irmak Vural ve Aslan, 2019; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022; Yeşildağ Çelik, 2022) ve şiddetli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Rouhe ve ark., 2015; Nieminen ve ark., 2016; Kordi ve ark., 2017; Boz ve ark., 2021).

Yapılan çalışmalar, primipar gebelerin multipar gebelere göre daha yoğun doğum korkusu yaşadığını göstermektedir (Serçekuş ve ark., 2020; Onchonga ve ark., 2020; O' Connell ve ark., 2021). Bu durum, primipar gebelerin bilinmezlik duygusu (Rouhe ve ark., 2009; Toohill ve ark., 2014; Wigert ve ark., 2020), doğum sırasında oto kontrolü kaybetme kaygısı, (Rouhe ve ark., 2009; Toohill ve ark., 2014) çevreden aktarılan olumsuz doğum öyküleri (Fenwick ve ark., 2015), sağlıklı bir doğum gerçekleştirememeye endişesi, doğum ağrısı ile baş edememe düşüncesi (Wigert ve ark., 2020), kendi sağlığına ve bebeğinin sağlığına yönelik hissedilen kaygı (Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2017), doğum sırasında yapılan müdahaleler, doğuma yönelik gelişebilecek komplikasyonlar (kanama, ölüm korkusu, fetal sağlık sorunları) (Arfaie ve ark., 2017), epizyotomi açılacağı ve perine bölgesinde laserasyonlar oluşacağı (Fenwick ve ark., 2015; Demşar ve ark., 2018) şeklindeki düşüncelerden kaynaklanmaktadır.

Doğum korkusu gebelik dönemini, doğum sürecini ve doğum sonu dönemi olumsuz etkilemektedir. Yüksek düzeyde doğum korkusunun gebelik döneminde huzursuzluk, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, depresyon, kabus görme, fiziksel aktivitelerde değişiklik, konsantrasyon sorunları, doğuma hazırlık sınıflarına katılmaktan kaçınma, hatta bazı gebelerde paranoid düşüncelere neden olabildiği belirtilmektedir (O' Connell ve ark., 2015; Molgora ve ark., 2018; O' Connell ve ark., 2019; Dencker ve ark., 2019). Şiddetli düzeyde yaşanan doğum korkusunun gebede, hipertansiyon, preeklamsi, erken doğum riski, doğum eylemi sırasında komplikasyon gelişmesi gibi yüksek riskli sorunlara (Klabbers ve ark., 2016), fetüste ise, asfiksi, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu belirtilmektedir (Korukcu ve ark., 2012; O' Connell ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda

doğum korkusu yaşayan kadınlarda, doğum distosisi, epidural analjezi kullanımı, indüksiyon kullanımı ve acil sezaryen ile müdahaleli doğum oranlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Sydsjö ve ark., 2013; Dencker ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Doğum korkusunun doğumdan memnuniyeti azalttığı, doğum ağrısını arttırdığı (Çiçek ve Mete, 2015; Junge ve ark., 2018) doğuma yönelik öz yeterlilik algısını olumsuz etkilediği (Çıtak Bilgin ve ark., 2021), anne-bebek ilişkisinde sorunlara, komplikasyonlu ve müdahaleli doğumlara, sezaryen doğum tercihinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (Nilsson ve ark., 2018; Dencker ve ark., 2019). Doğum korkusunun doğum sonu dönemde, olumsuz ve travmatik doğum deneyimi yaşanmasına, anne-bebek arasındaki bağlanmada gecikmeye, emzirmede sorunlar yaşanmasına (Kaymaz ve ark., 2015), benlik saygısında azalmaya (Raudasoja ve ark., 2022), travma sonrası stres bozukluğuna ve postpartum depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Ayers ve ark., 2016; Nilsson ve ark., 2018). Gebelik ve doğum sürecinde yaşanan olumsuz fiziksel ve emosyonel deneyimler ve negatif doğum deneyimi algısı annelerin doğum sonu güvenlik hislerini olumsuz etkilemektedir (Nagy ve ark., 2011; Persson ve Kvist, 2014; Werner-Bierwisch ve ark., 2018; Aksoy Derya ve ark., 2019).

Doğum sonu güvenlik hissi, annelerin postpartum dönemde artan sorumluluklarını, yaşadığı kaygı ve stres düzeyini yönetebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Persson ve ark., 2007). Güvende hissetme duygusu, annenin rolünü benimsemesini, bebeğini kabullenmesini, kendi öz bakımını ve bebeğinin bakım ihtiyaçlarını karşılamasını ve ebeveynlik rollerine uyum sürecini etkilemektedir (Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017; Werner-Bierwisch ve ark., 2018). Eş desteği, sosyal destek kaynaklarının varlığı, sağlık personellerinin tutumu, antenatal dönemde doğum sonu döneme yönelik alınan eğitimler, anne ve bebeğin genel iyilik durumu, stres, kaygı, depresyon, doğum şekli, doğum algısı, doğum deneyimi, emzirme sorunları, erken taburculuk gibi faktörler annelerin doğum sonu dönemde güvenlik hislerini etkilemektedir (Persson ve Dykes, 2009; Persson ve ark., 2011; Persson ve Kvist, 2014; McFadden ve ark., 2017; Barimani ve ark., 2017; Werner-Bierwisch ve ark., 2018; Aksoy Derya ve ark., 2019; Escibano ve ark., 2020; Koçak ve ark., 2021a; Koçak ve ark., 2021b). Doğum sonu süreci yönetebilme becerisi kazanan ve bu süreçte desteklenen anneler kendilerini huzurlu, mutlu ve güvende hissetmektedir (Kvist ve Persson, 2009). Bu nedenle postpartum ilk haftada kadınların annelik deneyimi için güvende hissetmesi oldukça önemlidir (Persson ve Dykes, 2009). Kadınların psikososyal sağlık durumlarının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesini sağlamak, travmatik doğum algısının oluşmasını engellemek ve doğum sonu dönemde güvende hissetmelerini sağlamak için doğum

korkusunun uygun müdahaleler ile yönetilmesi gerekmektedir (Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019).

Doğum korkusuyla baş etmeye yönelik müdahalelerde temel hedef; kadının farkındalık düzeyini arttırmak, doğuma yönelik yaşadığı anksiyeteyi kontrol altına almasını sağlamak, doğum ile ilgili pozitif duygular hissetmesine yardım etmektir. Kadınların doğuma yönelik korkularını azaltmak için doğum öncesi dönemden, doğum sonu döneme kadar desteklenmesi gerekmektedir (Çiçek ve Mete, 2015). Doğru müdahaleler ile doğum korkusunun azaltılması, gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesini ve anne adayının fiziksel ve zihinsel olarak güvenli ve pozitif bir doğum deneyimlemesini sağlamakta, anneliğe geçiş sürecini kolaylaştırmakta ve postpartum süreci olumlu yönde etkilemektedir (Koushede ve ark., 2017; Bolsoy ve ark., 2019).

Doğum korkusu ile baş etmede en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri doğuma hazırlık eğitim programlarıdır (Serçekuş ve Yenal, 2015; Okumuş ve ark., 2015). Diğer yaklaşım yöntemleri arasında; psiko-eğitim müdahaleleri (Fenwick ve ark., 2015, Toohill ve ark., 2017; Airo Toivanen ve ark., 2018; Akgün ve ark., 2020); bilişsel davranışçı terapi (Nieminen ve ark., 2016; Uçar ve Golbasi, 2019), bireysel danışmanlık (Andaroon ve ark., 2020), psikodrama (Bayrı Bingöl ve ark., 2022), hypnobirthing (Buran ve Aksu, 2022), yoga (Koyuncu ve Bülbül, 2021), haptoterapi (Klabbers ve ark., 2019), motivasyonel görüşme (Calpbinici ve Özçirpan, 2022), sanat terapisi (Wahlbeck ve ark., 2018), PLISSIT temelli yaklaşım ve Nöro Linguistik Programlama (NLP) uygulaması yer almaktadır (Bektaş, 2019). Doğum korkusu ile baş etmede kullanılabilecek güncel yöntemlerden biri de çözüm odaklı yaklaşımdır (Sharifzadeh ve ark., 2018; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022). Çözüm odaklı yaklaşım yöntemi kullanılarak yapılan çalışma sonuçlarında, bu yöntemin kısa ve etkili bir danışma yaklaşımı olduğu, yaklaşım sonrası ilgili davranış problemlerinde iyileşme/azalma gözlemlendiği ve önemli düzeyde pozitif yarar sağladığı belirtilmektedir (Gingerich ve Eisengart, 2000; Kim ve Franklin, 2009; Gingerich ve Peterson, 2013). Çözüm odaklı yaklaşım yönteminin diğer alternatif yaklaşım yöntemlerine göre daha kısa süreli uygulanması, maliyet açısından etkin olması ve geniş uygulama alanları olmasından dolayı daha ekonomik olduğu belirtilmektedir (MacDonald, 2007; Akgül Gündoğdu ve ark., 2016; Ateş, 2018; Dölek ve Kunter, 2019; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm odaklı yaklaşım, bireylerin yaşadığı problemlere odaklanmadan, yaşamlarında olumlu giden şeylerin belirlenmesi ve o alanların genişletilmesi üzerine odaklanmaktadır.

Kısa süreli ve terapötik işbirliğine dayanan bu yaklaşım yöntemi, bireyleri sadece olumluya yönlendirmekte ve her bireyin sahip olduğu kaynaklar ile çözüm yollarını düşünerek sorunlarını çözebileceğini savunmaktadır (MacDonald, 2007; Akgül Gündoğdu ve ark., 2016; Ateş, 2018; Dölek ve Kunter, 2019; Yağcı ve Duyan, 2020). Bu sayede birey yaşadığı sorunun çözümünde sorumluluk üstlenmekte ve değişim konusunda daha istekli ve azimli davranmaktadır (Sparrer, 2012; Sklare, 2018). Bireyi merkeze alan bakış açısı, ilke ve değerleri doğrultusunda çözüm odaklı yaklaşım felsefesinin, hemşireliğin temel değer ve felsefesi ile uyumlu olduğu belirtilmektedir (McAllister, 2003). Çözüm odaklı hemşirelik modeli, hastayla işbirliği sağlanması, hemşirelik bakımının eleştirel bir gözle değerlendirilmesi ve toplumla bağlantı kurulması konusunda değişim yaratmayı hedeflemektedir. Ayrıca sadece sorunu tanımlamak ve tedavi etmek yerine, bireyin güçlü yanlarına, geçmiş başarılarına odaklanarak ve potansiyelini fark etmesi sağlanarak fiziksel ve zihinsel bakımın bütünleştirilmesi amaçlanmaktadır (Chandler ve Wilson, 2016).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemler gibi özel süreçlerde bazı fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayan kadınlar bakım ve desteğe gereksinim duymaktadır (Nilsson ve ark., 2018; Yıldırım, 2020). Bakımın planlanması ve uygulanması aşamasında en büyük rol hemşire ve ebeler düşmektedir (Eri ve ark., 2020; Aydın-Kartal ve Aksoy, 2021; Kaya ve Guler, 2022). Kadın sağlığı hemşiresi gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde en uygun bakım hizmetini sunmakta, kadın ve ailesini sorumluluk üstlenmesi için cesaretlendirmekte, kadınlarla iş birliği içinde çalışarak kanıt temelli bütüncül bakım hizmeti sunmakta ve bakım sürecinde kadınların kendi kararlarını alabilmeleri konularında desteklemektedir (Güngör ve ark., 2013; Arslan Özkan ve ark., 2015). Bu bakım felsefesi ile çözüm odaklı yaklaşım felsefesinde benimsenen saygılı ve işbirlikçi yaklaşım, değişim sürecine odaklanma, işe yarayan çözüm yollarını keşfetme, bireyi kendi yaşamının uzmanı olarak değerlendirme ve bireyin olumlu, güçlü olduğu yönlerini ortaya çıkarma bakış açısının benzer olduğu görülmektedir. Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadının yaşadığı psikososyal problemlerin çözümünde çözüm odaklı yaklaşım temelli bakım uygulamaları yeni yaklaşım yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Çözüm Odaklı yaklaşım yönteminin etkili ve kısa süreli uygulanan bir yöntem olması gebelik, doğum ve postpartum süreçleri de içine alan perinatal dönemde kullanımı konusunda büyük avantaj sağlamaktadır (Kaya ve Guler, 2022). Perinatal dönemde çözüm odaklı yaklaşım yöntemine dayalı yapılan çalışmalar incelendiğinde; gebelik döneminde stres ve anksiyete yönetimi (Aslani ve ark., 2017; Karrabi ve ark., 2019), aile içi şiddet (Dinmohammadi ve ark., 2021), doğum korkusu (Sharifzadeh ve

ark., 2018; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022), bebek bakımı (Demir, 2020), doğum sonu depresyon (Ramezani ve ark., 2017) gibi problemlerin çözümünde etkili olduğu belirlenmiştir.

Uluslararası literatürde doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşımın etkisinin değerlendirildiği iki çalışmaya rastlanmıştır. Sharifzadeh ve ark. (2018) doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı danışmanlığın doğum korku düzeyini azalttığını ve normal doğum tercihini arttırdığını saptamıştır. Mortazavi ve ark. (2021) gebelik sürecinde anksiyete ve orta-şiddetli düzeyde doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı danışmanlığın anksiyete ve doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğunu belirlemiştir. Ülkemizde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin doğum korkusu üzerine etkisinin değerlendirildiği sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Kaya ve Guler (2022) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, online olarak uygulanan çözüm odaklı danışmanlığın ve online doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve öz yeterlik üzerine etkisini değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda, çözüm odaklı yaklaşım grubunda ki gebelerin doğum korkularının, doğuma hazırlık eğitim grubunda yer alan gebelere göre daha az olduğu belirlenmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalarda; doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin etkisinin değerlendirildiği çalışmaların yetersiz olduğu ve yeni çalışmalar yapılması gerektiği önerilmektedir (Sharifzadeh ve ark., 2018; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022). Yapılan çalışmalarda, doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin etkisinin sadece gebelik döneminde değerlendirildiği görülmektedir. Ayrıca gebelikte uygulanan çözüm odaklı yaklaşım yönteminin, doğum sonu dönemde doğum korkusu ve güvenlik hisleri üzerine etkisini değerlendiren deneysel bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Çalışmamızda literatürde yapılan çalışmalardan farklı olarak, doğum korkusunun yönetiminde gebelik sürecinde uygulanan çözüm odaklı yaklaşım yönteminin doğum sonu döneme de etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda gebelerin doğum sonu dönemde ki doğum korku düzeyleri ve doğum sonu güvenlik hisleri değerlendirilmiştir. Bu nedenle çalışmadan elde edilen sonuçların gelecek çalışmalara yol göstereceği ve literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin uygulamaya aktarılması ile doğum korku düzeyinin azalacağı, vajinal doğum tercihinin artacağı, acil ve elektif sezaryen oranlarının azalacağı, doğum sürecinin kısalacağı, doğumda uygulanan müdahale ve komplikasyon oranlarının azalacağı ve bu durumun doğum sonu döneme olumlu yansıyacağı düşünülmektedir. Vajinal doğum tercihinin artması, sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarının azalması hem kadın sağlığı, hem de ülke ekonomisine getireceği maliyet açısından oldukça önemlidir. Sağlık sistemlerinde malzeme giderleri önemli bir maliyet unsurudur. Doğum korkusunun yönetiminde, kısa süreli ve etkili bir yöntem olan çözüm odaklı yaklaşımın uygulamaya aktarılması ile doğum sürecinde malzeme kullanımının azalması sağlanacak ve doğumun maliyeti düşecektir. Doğum süresinin ve annenin hastanede kalış süresinin kısalması hastane maliyetinin azalmasını sağlayarak ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır. Ayrıca bu yaklaşım yönteminin uygulamaya aktarılması ile kadınların doğum korkusuyla baş etmesinde önemli sorumlulukları olan hemşirelere ve ebelerle yol göstereceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

- H_{0a} : Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir.
- H_{0b} : Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A versiyonu) puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir.
- H_{0c} : Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) puan ortalamaları yönünden fark yoktur.
- H_{0d} : Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği puan ortalamaları yönünden fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Psikososyal Sağlık

Kadının yaşam süreci biyolojik olarak döllenme ile başlayıp, bebeklik, çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, klimakteriyum dönemlerinden oluşmaktadır. Yaşam evrelerinin her bir döneminde biyopsikososyal ve kültürel bir takım değişimler yaşayan kadın, bu süreçlerde yeni roller kazanmaktadır (Koyun ve ark., 2011, Taşkın, 2021). Kadın sağlığı açısından değerlendirildiğinde en önemli dönem, cinsel olgunluk dönemidir. Bu dönemde kadının ve bebeğinin sağlığının doğrudan etkilendiği gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler yaşanmaktadır (Dinç ve Şolt, 2017).

Gebelik süreci, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, yeni rollerin kazanıldığı ve değişim sürecine uyumu gerektiren, kadının yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır (Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Kadınlar gebelik sürecini olgunluk, mutluluk, heyecan, neşe kaynağı, olumlu bir deneyim olarak algılayabildikleri gibi kaygı, stres, kararsızlık, korku, şok gibi olumsuz duygusal değişimlerin yaşanabileceği bir dönem olarak da anlamlandırabilmektedir (Kumcağız ve ark., 2017; Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Bu duygusal değişimler gebelik döneminde psikososyal sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Psikososyal sağlık, kişinin psikolojik ve davranışsal değişimlere uyum sağlayabilmesi, kendisi ve sosyal çevresiyle denge içinde olması ve kurduğu dengeyi devam ettirebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006). Gebelik döneminde psikososyal sağlık, gebenin, psikolojik, sosyal ve emosyonel anlamda tam bir iyilik halinde hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Bakır ve Sarızayım, 2020). Kadının gebelik süresince yaşadığı kaygı ve stres, var olan sağlık sorunları, evlilik-eş ilişkisinde yaşanan sorunlar, aile içi şiddet öyküsü, geçmiş öyküsünde psikiyatrik bir hastalığın varlığı, sosyoekonomik sorunlar, gebeliğin istenme durumu, gebelikte yaşanan biyopsikososyal değişimlere verdiği tepki ve yaşadığı güçlükler, gebelikte sosyal ve duygusal destek alma durumu, sigara, alkol ve madde kullanımı, sosyal izolasyon, sağlıklı yaşam davranışları, doğum korkusu ve düşük özsaygı gebelikte psikososyal sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Robinson ve ark., 2016; Körükcü ve ark., 2017; Ogbo ve ark., 2018; Bulut ve Yiğitbaş, 2018; Özşahin ve ark., 2018; Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt, 2019, Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz, 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021; Doğrusoy ve Çoban, 2021; Qudsieh ve ark., 2022). Doğrusoy ve Çoban (2021) yaptıkları çalışmada gebelerin yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, gebeliğin planlanma durumu, gebelik ve doğum sayısının psikososyal sağlığı etkilediğini belirtmiştir. Robinson ve ark. (2016) farklı etnik gruplardan gebelerle yaptıkları

çalışmada; gelir düzeyi düşük olan gebelerde kaygı ve depresif semptomların görülme oranlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca etnik azınlıktaki gebelerde depresif belirtilerin daha fazla görüldüğünü, fiziksel ve duygusal sağlık düzeylerinin daha kötü olduğunu, bu durumun yetersiz sosyal destekten kaynaklandığını belirlemiştir. Demirbaş ve Kadioğlu (2014) yaptıkları çalışmada eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan, gebeliği planlı olan ve süreçle ilgili bilgi alan kadınların gebelik ve annelik sürecine daha kolay uyum sağladıklarını belirtmiştir.

Kadının gebelik süresince yaşadığı kaygı, stres ve depresyon psikososyal sağlık durumunu etkilemektedir (Anık ve Ege, 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Gebelik sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyon prevalanslarına ilişkin yapılan uluslararası literatür incelendiğinde; Lebel ve ark. (2020) Kanada’ da yaptıkları çalışmada gebelerin %57,0’ ının klinik depresyon semptomları, %37,0’ ının anksiyete semptomları yaşadığını belirtmiştir. Yan ve ark. (2020) yaptıkları metaanaliz çalışmasında gebelerin %37,0’ ının anksiyete, %31,0’ ının depresyon, %70,0’ ının ruhsal sorunlar, %49,0’ ının uykusuzluk sorunu yaşadığını belirtmiştir. Tomfohr-Madsen ve ark. (2021) yaptıkları metaanaliz çalışmasında gebelerin %30,5’ inin anksiyete, %25,6’ sının depresyon yaşadığını saptamıştır. Ghazanfarpour ve ark. (2022) yaptıkları metaanaliz çalışmasında Covid-19 pandemi sürecinde gebelerde anksiyete prevalansının Batı ülkelerinde (%38,0), Asya ülkelerine göre (%7,8) daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Ülkelere göre gebelerin anksiyete prevalans oranları incelendiğinde; İtalya’ da (%38,0), Kanada’ da (%56,0), Pakistan’ da (%14,0), Kıbrıs’ ta (%53,0), Çin’ de (%29,0) olduğunu belirlemiştir. Antenatal depresyon prevalans oranları incelendiğinde; Kanada’ da (%37,0), Belçika’ da (%25,0), Türkiye’ de (%35,4), Çin’ de (%11-29) olduğu belirlenmiştir. Ulusal literatür incelendiğinde; Karaçam ve Ançel (2009) 1039 gebe ile yaptıkları geniş kapsamlı çalışmada gebelerin %23,0’ ının ruhsal, %56,6’ sının fiziksel rahatsızlıklar yaşadıklarını belirtmiştir. Sel ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada gebelerde anksiyete oranının %70,0 olduğunu ve plansız gebelik ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Akçalı Aslan ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada ilk trimesterde gebelerin %16,8’ inin depresyon semptomları yaşadığını belirtmiştir. Anık ve Ege (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin psikososyal sağlık durumları ile depresyon riski arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. İlk trimesterde yer alan gebelerin %31,5’ inin, ikinci trimesterde %26,8’ inin, üçüncü trimesterde %28,9’ unun depresyon açısından risk altında olduğunu belirtmiştir.

Gebelikte sosyal ve duygusal destek kaynaklarının varlığı, kadının psikososyal sağlık durumunu etkilemektedir (Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz, 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Bedaso ve ark. (2021) yaptıkları metaanaliz çalışmasında sosyal destek kaynakları yetersiz olan gebelerin depresyon, anksiyete ve kendine zarar verme risklerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Antoniou ve ark. (2021) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında antenatal dönemde sağlanan eş desteği ile depresyon ve kaygı arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz (2020) yaptıkları çalışmada algılanan sosyal destek puan ortalaması ile psikososyal sağlık puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Alipour ve ark. (2018) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında antenatal dönemde sosyal destek eksikliğinin, aile içi yaşanan şiddetin, istenmeyen gebeliklerin ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerin gebelerin mental ruh sağlığını etkilediğini saptamıştır. Maxson ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada sosyal destek kaynağı yetersiz olan, eşinden destek almayan, olumsuz öz yeterlilik algısı olan ve depresif belirtiler gösteren gebelerin psikososyal sağlık durumlarının daha düşük olduğunu, erken doğum oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çıtak Bilgin ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada eş desteği, öz yeterlilik algısı ve sürekli anksiyete düzeyinin doğum korkusunda etkili olan psikososyal faktörler olduğunu belirtmiştir. Omidvar ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada depresyon, stres, yetersiz sosyal destek ve mutsuz evlilik ilişkisinin sağlıklı yaşam tarzını olumsuz etkilediğini saptamıştır.

Gebelikte psikososyal sağlığı olumsuz etkileyen faktörlerden biri de aile içi şiddet öyküsüdür (Van Parys ve ark. 2015; Ogbo ve ark., 2018). Shafiei ve ark. (2022) İran’ da yaptıkları metaanaliz çalışmasında gebelerin %19,0’ ının fiziksel, %42,0’ ının sözel, %26,0’ ının seksüel, %37,0’ ının psikolojik, %51,0’ ının duygusal, %39,0’ ının ekonomik şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Ogbo ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada aile içi şiddet, eş desteğinin yetersiz olması, kültürel farklılıklar, düşük sosyoekonomik düzeyin antenatal depresif belirtiler açısından risk faktörü olduğunu saptamıştır. Qudsieh ve ark. (2022) Ürdün’ de yaptıkları çalışmada Covid-19 pandemi sürecinde uygulanan sokağa çıkma yasağı nedeniyle, gebelerin %21,1’ inin yeterli antenatal bakım hizmeti alamadıklarını, %93,3’ ünün stres yaşadığını, %29,9’ unun aile içi şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Kadının var olan sağlık sorunları (Gadit, 2016), geçmiş öyküsünde psikiyatrik bir hastalığın varlığı (Ogbo ve ark., 2018; Harron ve ark., 2021) ve gebeliğin istenme durumu (Bulut ve Yiğitbaş, 2018) gebelikte psikososyal sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Ogbo ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada antenatal depresyonun postpartum depresyon açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Harron ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada geçmiş öyküsünde mental sağlık problemleri olan annelerin bebeklerinin daha düşük doğum ağırlıklı olduğunu belirtmiştir. Gadit (2016) yaptığı çalışmada kronik sağlık problemi olan gebelerin stres ve kaygıyı kontrol altına almada sorun yaşadıklarını ve psikososyal sağlık sorunlarının olumsuz etkilendiğini saptamıştır. Bulut ve Yiğitbaş (2018) yaptıkları çalışmada istemeden gebe kalan ve gebelik sayısı dördün üzerinde olan kadınlarda depresif belirti görülme oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Yalnız Dilcen ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada travmatik doğum algısı ile psikososyal sağlık durumu arasında negatif yönlü ilişki olduğunu saptamıştır. Karakoç ve Ozkan (2017) yaptıkları çalışmada psikososyal sağlık durumu ile prenatal bağlanma arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu (2019) yaptıkları çalışmada son trimesterdeki gebelerde anksiyete riski arttıka prenatal bağlanma düzeyinin azaldığını saptamıştır.

Gebelik sürecinin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için gebe ve ailesinin yaşanan değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir (Arslan ve ark., 2019; McNamara ve ark., 2022). Kadının gebeliği kabullenmesini ve bu sürece uyum sağlamasını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Gebenin yaşı, kendi kişisel deneyimleri, yaşam felsefesi, inanç ve tutumları, sosyokültürel ve demografik yapısı, sosyoekonomik düzeyi, eğitim düzeyi, gebeliğin istenme ve planlanma durumu, beden algısı, kaygı ve korku düzeyi, ailede ki mevcut ocuk sayısı, önceki gebeliklerde yaşadığı riskler, gebelik konusunda ki doğru ve yeterli bilgi düzeyi, ailedeki diğer bireylerin gebeliğe karşı tutumu, prenatal bakım hizmeti alma durumu ve sosyal destek kaynakları gibi durumlar etkilemektedir (Coşkuner Potur ve ark., 2017; Arslan ve ark., 2019; Coşkun ve ark., 2020; Güner ve ark., 2021).

Gebelik sürecine uyum sağlayamayan kadınlarda; ağlama krizleri, yaşam doyumunda azalma, gebelik ve doğum sonu dönemde bağlanma sorunları, bebeği istememe, ie dönük davranma, değersizlik duygusu hissetme, öz güven ve mental sorunlar yaşama, anneliğe uyum sağlayamama gibi durumlar ile karşılaşılmaktadır (Coşkuner Potur ve ark., 2017; Lou ve ark., 2017; Arslan ve ark., 2019; Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Kadınlarda gebeliğe

uyum süreci her trimester döneminde farklı şekillerde değerlendirilmektedir. Gebenin her trimesterde yaşanan davranışsal ve duygusal değişimlere uyum sağlayabilmesi için trimestere özgü gelişimsel görevleri başarması gerekmektedir (Taşkın, 2021).

2.1.1. Birinci trimesterde psikososyal sağlık

Gebeliğin ilk trimesterinde kadının başarması gereken gelişimsel görev, gebeliğin kabul edilmesidir. Bu dönem sonunda kadının, gebe olduğunu ifade edebilmesi beklenmektedir. Gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde hisseden gebelerin psikososyal uyumu daha kolay gerçekleşmektedir (Sunal ve Demiryay, 2009; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021). Bu dönemde gebenin yaşadığı davranışsal ve duygusal değişimler;

Belirsizlik: Gebeliğin ilk haftalarında gebe olup olmadığından emin olmadığı için belirsizlik duygusu yaşayan kadın, yaşadığı değişimleri gözlemleyerek, aile ve arkadaşlarıyla bu süreci paylaşarak gebelik durumunu saptamaya çalışmaktadır. Belirsizlik duygusuna karşı her gebe farklı kişisel tepki göstermektedir. Bazı gebeler, gebelik belirtilerini doğrulamak için istekliyken, bazı gebeler bu olasılıktan kaygı duyabilmektedir (McKinney ve ark., 2021; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021).

Ambivalan duygular: Gebelik tanısı netleştğinde, hemen hemen tüm gebeler gebelik planlı olsa dahi, mutluluk, rahatlama, endişe, heyecan, korku, panik gibi çelişkili hislerin bir arada olduğu ambivalan duygular yaşamaktadır (Pieta ve ark., 2014; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021). Gebelikte yaşanabilecek büyük değişimler, doğum ve çocuk yetiştirme ile ilgili ekonomik kaygılar, gebeliğin iş ve kariyer hayatına etkisi, çocuk sahibi olmak için doğru zaman olup olmadığı konusunda yaşanan kararsızlık, bulantı, kusma, baş dönmesi, yorgunluk, uykuya eğilim, genel fiziksel rahatsızlıklar ve libidonun azalması ambivalan duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir. Duygusal dalgalanmaların sık görüldüğü bu dönemde anne adayı genellikle içe dönük ve pasiftir, yalnız kalmak isteyebilir. Bu durum aile üyeleri arasında stres yaşanmasına ve dengenin bozulmasına neden olabilmektedir. Geçici olan bu süreç eş tarafından yanlış anlaşılabilen ve gebeye yetersiz destek sağlamasına neden olabilmektedir. İlk trimesterde yaşanan ve normal olarak değerlendirilen ambivalan duygular ile fetüsün reddedilmesi ayırt edilmelidir (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021).

Primer odak olarak benlik: İlk trimesterde fetüsün büyüyüp, geliştiğini gösteren kilo artışı, abdomenin büyümesi gibi herhangi bir fiziksel değişim yaşanmadığı için gebenin ilgisi kendi bedeni üzerine odaklıdır (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021). Bu dönemde yaşanan hormonal değişimler ve fiziksel rahatsızlıklar gebenin ruh halinin hızla değişmesine ve duygusal dalgalanmalar yaşamasına neden olabilmektedir. Gebe ve ailesinin bu değişim sürecine önceden hazırlanması, gebeliğin kabullenme durumunu kolaylaştırmaktadır. Bu

trimesterin sonunda gebenin gebelikten keyif alması ve hoşlanması, yaşanan fiziksel değişimleri ve rahatsızlıkları tolere edebilmesi, kendisi ve ailesinin bu süreçlerle baş edebileceği düşüncesi, kendine olan güveni ve ümit duygusu bu süreci kabullendiğini gösteren belirtilerdendir (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021; McKinney ve ark., 2021). Gebenin gebe olma ile ilgili hissettiği pişmanlık, üzüntü ve mutsuzluk, gebelik nedeniyle oluşan değişikliklerden dolayı bunalmış hissetmesi, evlilik ve mesleki yaşantısının son bulacağına yönelik hissettiği kaygılar gebeliğin kabullenilmediğini gösteren işaretlerdir (Sevil ve Ertem, 2016; Yıldırım, 2020).

2.1.2. İkinci trimesterde psikosyal sağlık

İkinci trimesterde rahatsızlık veren gebelik belirtileri azaldığından ve gebelik sürecine adaptasyon sağlanmasından dolayı gebe kendini daha iyi ve neşeli hissetmektedir (Nayak ve ark., 2015; Taşkın, 2021). Bu trimesterde meydana gelen fiziksel değişimler daha çok belirginleştikten, gebelik, kadın ve ailesi için gerçek bir durum olarak kabul edilir. Fetüsün ultrasonografide görüntülenmesi, kalp seslerinin duyulması ve fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesi ile fetüs, gebe ve ailesi için somut bir kavram olarak algılanmaya başlanır (Nayak ve ark., 2015; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021). İkinci trimesterde, kadının başarması gereken gelişimsel görev, fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp, kabul etmesi ve annelik rolünü benimsemesidir (Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021).

Bu dönemde gebenin yaşadığı davranışsal ve duygusal değişimler;

Gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması: Bu dönemde anne adayında fetüsün gerçek olarak algılandığını gösteren bazı fiziksel değişimler meydana gelmektedir. Hızla büyüyen uterus abdomende hissedilmekte, göğüslerde değişimler ve kiloda artış meydana gelmektedir. Kadının fetal hareketleri hissetmesi, uterus içinde bir yaşam geliştiğini doğrulamaktadır. Kadın bebeğini bedeninden bir parça olarak değil, kendinden ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021).

Narsizm ve içe dönme: Bu dönemde kadın, kendinden ayrı bir varlık olarak algıladığı ve bağlanma duygusunu daha yoğun hissettiği fetüsün sağlık durumu ve fetüsü koruma yeterliliğine yönelik endişe hissedebilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Özşahin ve ark., 2018). Bebeğini korumaya yönelik yaşadığı kaygı genellikle “narsizm ve içe dönme” şeklinde tepki vermesine neden olmaktadır (Arslan ve ark., 2019). Bu dönemde gebenin tercih ettiği kıyafetler, tükettiği besinler ve yaşadığı çevre önceki yaşantısına göre daha önemlidir. Anne adayı, çevresel olayları bebeğinin sağlığının etkilenme durumuna göre değerlendirmektedir. Bu durum bazı gebelerin sosyal çevresindeki bireylere karşı daha az ilgi göstermesine ve mesleki

yaşantılarında motivasyon kaybına neden olabilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021; McKinney ve ark., 2021).

Beden imajındaki değişikliklere tepki: Bu dönemde gebelerde kilo artışı, abdomende genişleme, göğüslerde ve kalça ölçülerinde büyüme gibi hızlı ve yoğun fiziksel değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişimler gebenin beden imajı algısını pozitif ya da negatif yönde etkileyebilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016). Planlı ve isteyerek gebe kalan, gebeliğe uyum sağlayan, sosyal destek kaynakları olan ve yaşadığı sosyal çevreden olumlu tepkiler alan gebelerin beden imajı algısının pozitif olduğu belirtilmektedir (Arslan ve ark., 2019). Bazı gebeler fetüsün büyüdüğünü ve geliştiğini gösteren fiziksel değişimlerin kendisine yakıştığını, doğurganlığını ve dişiliğini ortaya çıkardığını, eşi tarafından olumlu karşılandığını ve eşine gurur yaşattığını düşünürken, bazı gebelerde ise bedende meydana gelen bu değişimler gebelerin öz güvenlerinin azalmasına, yetersizlik hissi, üzüntü, utanma, stres gibi negatif duygular hissetmelerine ve olumsuz beden imajı algısına neden olabilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Erkaya ve ark., 2017; Arslan ve ark., 2019; Taşkın, 2021). Ayrıca toplum tarafından dayatılan ideal beden imajı algısı ve medyada yansıtılan zayıf beden modeli, gebenin kendi bedenini başkalarıyla kıyaslamasına, gebelikle ilişkili anksiyeteye ve olumsuz beden imajı algısına neden olmaktadır (Kumcağız ve ark., 2017; Dryer ve ark., 2022). Przybyla-Basista ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada olumsuz beden imajı algısının prenatal depresyon açısından risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Riquin ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada olumsuz beden imajı algısına sahip gebelerde perinatal depresyon riski oranının dört kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Kadının gebelik sürecinde bedeninde yaşanan değişimlere karşı hissettiği duyguları paylaşması ve kendini tanımlaması gebelik sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Kumcağız ve ark., 2017; Arslan ve ark., 2019). Bu nedenle gebeler prenatal dönemde, sağlık profesyonelleri tarafından bütüncül olarak değerlendirilmeli, gebelik döneminde yaşanan fiziksel ve psikososyal değişimlere yönelik farkındalıklarını arttırmak amacıyla gebe ve eşlerine eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır (Kök ve ark., 2018; Arslan ve ark., 2019).

Cinsel yaşamdaki değişimler: Gebelik sürecinde meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişiklikler çiftlerin cinsel yaşamını ve ilişkilerini etkilemektedir (Škodi Zakošek, 2015). Cinsel aktivitedeki değişim her kadında farklılık göstermektedir. Bu durum toplumun sosyal, kültürel ve dini bakış açısına göre şekillenmektedir. Bazı toplumlar gebelik sırasında cinsel aktivite yaşanmasına olumlu bakarken, bazı muhafazakar toplumlarda sosyokültürel normlar, dini inançlar ve tabular nedeniyle yasaklanmaktadır (Kul Uçtu ve ark., 2017; Salcan ve Gokyildiz Surucu, 2020; Taşkın, 2021). İlk trimesterde gebe kalma veya doğum kontrolü

konusunda kaygı yaşanmadığı için seksüel aktivite artabilir (Sevil ve Ertem, 2016). Ancak bazı gebelerde bulantı, abortus riski, yorgunluk ve memelerde hassasiyet gibi fiziksel yakınmalar cinsel isteğin azalmasına neden olmaktadır (Škodi Zakošek, 2015; Sevil ve Ertem, 2016). İkinci trimesterde, pelvik bölgeye olan kan akımındaki artış nedeniyle seksüel istek ve doyumda artış olmaktadır. Bu durum gebelerin seksüel aktivite sırasında kendilerini daha rahat ve enerjik hissetmelerini sağlamaktadır. Gebelikte yaşanan değişikliklerden dolayı orgazm daha sık ve yoğun yaşanabilmektedir (Taşkın, 2021). Üçüncü trimesterde yorgunluk, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, uykusuzluk, cinsel aktivite sırasındaki pozisyon zorluğu gibi yakınmalar nedeniyle seksüel istek düzeyinde azalma olduğu belirtilmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2015; Kul Uçtu ve ark., 2017; Taşkın, 2021). Ayrıca cinsel aktivitenin erken doğuma sebep olabileceği düşüncesi, bebeğin zarar görebileceği korkusu, seksüel aktivite ve orgazm sırasında uterusu meydana gelen güçlü kasılmalar, kanama korkusu ve yetersiz bilgi seksüel istek düzeyinde azalmaya neden olmaktadır (Lutkiewicz ve Bizdan, 2013). Oche ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada cinsel istek düzeyinin üçüncü trimesterde birinci ve ikinci trimestere göre anlamlı derecede azaldığını saptamıştır. Liu ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, üçüncü trimesterde olan gebelerin %22,6' sını cinsel ilişki sıklığının azaldığını, %64,5' i seksüel aktivite yaşamadığını belirtmiştir. Corbacioglu Esmer ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, ilk trimesterde gebelerin %12,2' sinin, ikinci trimesterde %8,5' inin, son trimesterde %37,4' ünün cinsel aktiviteden kaçındıklarını belirtmiştir. Bilge ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada gebelerin birinci ve üçüncü trimesterde cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ve cinsel memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Gebelik sürecinde cinsel aktivitenin devamı çiftler arasındaki duygusal bağı güçlendirmekte ve eşler arasındaki uyumu arttırmaktadır. Gebelik döneminde yaşanan biyopsikososyal değişimlerin bir bütün olarak algılanması ve cinselliğe bütüncül bakış açısıyla yaklaşılması cinsel fonksiyonlarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Kul Uçtu ve ark., 2017; Bilge ve ark., 2021). Çiftler, gebelik süresince cinsel istek ile ilgili yaşanan dalgalanmanın normal olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca çiftlere, komplike bir durum olmadığı müddetçe cinsel aktivitenin gebelik kaybı ile ilişkili olmadığı konusunda güven sağlanmalı, duygu ve düşüncelerini paylaşmaları konusunda teşvik edilmeli ve yaşanan cinsel sorunların eşler arasında konuşulması gerekliliği konusunda sağlık personelleri tarafından eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (Škodi Zakošek, 2015; Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021).

2.1.3. Üçüncü trimesterde psikososyal sağlık

Bu dönemde anne adayının, bebeğinin ihtiyaçlarına ve doğum sürecine yönelik yaptığı hazırlıklar artmaktadır. Bu trimesterde gebeden beklenen annelik rolünü algılamaya başlaması

ve anne olacağını kabullenmesidir (Taşkın, 2021). Duygusal dalgalanmalar yaşayan anne adayının içe dönme davranışları bu dönemde de devam edebilmektedir (Sevil ve Ertem, 2016; Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021). Bu dönemde gebenin yaşadığı davranışsal ve duygusal değişimler;

Duyarlılık: Bu dönemde gebe, bebeğini korumaya yönelik endişe ve korkular yaşayabilmektedir. Bebeğinin zarar görebileceği endişesi ve kaybetme korkusu anne adayının daha duyarlı hissetmesine ve çok dikkatli davranmasına neden olmaktadır (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2021; McKinney ve ark., 2021).

Bağımlılığın artması: Gebeliğin son haftalarında anne adayı, fiziksel ve duygusal destek ihtiyacı hissetmektedir. Bu durum, gebenin sosyal çevresinde ki bireylere, özellikle de eşine daha bağımlı hissetmesine neden olmaktadır. Bu dönemde genellikle eşine her an ulaşabileceğinden emin olmak isteyen anne adayı telefon ile sık sık iletişime geçmektedir (Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021; McKinney ve ark., 2021).

Doğuma yönelik korkular: Gebeliğin özellikle son trimesterinde ortaya çıkan, anne adayının özel ve eşsiz olan gebelik sürecini gergin, huzursuz ve kaygılı geçirmesine neden olan en önemli sorunlardan biri doğum korkusudur (Körükcü ve ark., 2017). Gebeliğin son trimesterinde yeniden ambivalan duyguları yoğun olarak yaşayan anne adayı bir yandan bebeğine kavuşmayı isterken, diğer yandan doğuma yönelik korku yaşamaktadır (Nayak ve ark., 2015). Doğum zamanını tam belirleyememe kaygısı, hastaneye yetişememe korkusu, bebeğin sağlığına yönelik hissedilen endişe, ilk defa gebelik sürecini yaşayanlarda bilinmezlik duygusu, şiddetli ağrı yaşanacağı düşüncesi, kontrolünü kaybetme endişesi, multiparların yaşadığı travmatik doğum deneyimleri, riskli gebelik öyküsü, gebelikle ilişkili tıbbi ve emosyonel problemler, doğuma yönelik eksik ve yanlış bilgiler, doğumda sağlık personellerine karşı hissedilen güvensizlik ve sosyal destek kaynaklarının yetersiz oluşu doğuma yönelik korkuların artmasına neden olmaktadır (Mazzoni ve ark., 2016; Körükcü ve ark., 2017; Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021). Doğuma yönelik hissedilen şiddetli korku, gebenin psikososyal sağlığını, doğum sürecini ve postpartum dönemi olumsuz etkileyebilmektedir (Körükcü ve ark., 2017). Gebenin yaşadığı şiddetli doğum korkusu, eylem sırasında kasılmaların şiddetli hissedilmesine, etkisiz kontraksiyonlara, doğum eyleminin uzamasına, müdahaleli doğuma veya sezaryen doğum tercihinin neden olabilmektedir (Körükcü ve ark., 2017; Qiu ve ark., 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Doğum sonu dönemde ise postpartum depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlara, seksüel problemlerin yaşanmasına, anne-bebek arasındaki iletişim ve bağlanma duygusunun olumsuz etkilenmesine

neden olabilmektedir (Aksay ve ark., 2017; Körükcü ve ark., 2017; Barut ve Uçar, 2018; Genç Koyucu ve ark., 2020).

2.1.4. Psikososyal sağlık bakımında hemşirenin sorumlulukları

Fizyolojik bir süreç olan gebeliğin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için gebe, eşi ve ailesinin, bu süreçte yaşanan fiziksel, hormonal ve psikososyal değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir (Arslan ve ark., 2019; Yıldırım ve Şahin, 2020; McNamara ve ark., 2022). Bu sürece uyum sağlayamayan gebelerde yaşanan psikososyal sorunlar anne adayının ruh sağlığını ve sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilemektedir (Omidvar ve ark., 2018; Derya ve ark., 2018). Maternal psikososyal sorunların, şiddetli ve kronik mental sorunlara, obstetrik ve fetal komplikasyonlarda artışa, prenatal bağlanmada sorunlara, postnatal dönemde yenidoğanda nörodavranışsal ve bilişsel sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (Fontein-Kuipers ve ark., 2014; Maxson ve ark., 2016; Karakoç ve Ozkan, 2017; Yıldırım ve Şahin, 2020).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olan doğum öncesi bakım hizmetleri, anne adayının gebeliğini kabullenmesini ve gebeliğe uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Arslan ve ark., 2019; Güner ve ark., 2021). Prenatal bakımda amaç; gebelik sürecinin sağlıklı devam etmesi, komplikasyonların önlenmesi ve sağlıklı bir bebeğin doğumunun gerçekleşmesini sağlamaktır (Khwepeya ve ark., 2018). Prenatal dönemde bakım hizmeti alan anne ve bebeğin komplikasyonlara daha az maruz kaldığı belirtilmektedir. Gebe izlemlerinde, sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin yapılması ve risk faktörlerinin (gebenin yaşadığı kaygı, stres düzeyi, istismar öyküsü, aile içi şiddet, düşük sosyoekonomik düzey, istenmeyen gebelik, olumsuz beden imajı algısı, psikososyal destek kaynaklarının yetersizliği, özyeterlilik algısı, sosyal izolasyon, sigara, alkol ve madde kullanımı) belirlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bütüncül yaklaşım açısından oldukça önemlidir (Özşahin ve ark., 2018; Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019; Yıldırım, 2020; Eick ve ark., 2020; Taşkın, 2021; Sapkota ve ark., 2022). Antenatal dönemde psikososyal sağlığı değerlendirmeye yönelik yapılan rutin izlem ve taramalar, gebenin ve fetüsün iyilik halini ve doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir. (Maxson ve ark., 2016; Kalra ve ark., 2018; McNamara ve ark., 2019) Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (ACOG), antenatal dönemde özellikle anksiyete ve depresyon riskini belirlemek amacıyla yapılan psikososyal taramaların, doğum ve doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonları önleyeceğini belirtmiştir (ACOG,

2018). Bu süreçte, gebe ve ailesiyle en çok iletişim halinde olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Derya ve ark., 2018; Sapkota ve ark., 2022).

Birinci trimesterde hemşire, ilk iletişime psikososyal açıdan değerlendirme ile başlamalı ve kadının gebeliğe olan yanıtını değerlendirmelidir. Endişe hisseden kadını gebelikteki ilk görevinde başarılı olması için cesaretlendirmeli, yaşadığı endişeleri doğrulamalı ve duygusal durumunu desteklemelidir (Sevil ve Ertem, 2016). Ayrıca gebenin eşi ve ailede ki diğer önemli bireylerle görüşme sağlayarak değerlendirmeler yapmalı, kanıta dayalı fiziksel ve psikososyal bakım ve profesyonel desteği sağlamalıdır (Sevil ve Ertem, 2016; Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz, 2020). Kohlhoff ve ark. (2021a) yaptıkları kalitatif çalışmada gebelere, antenatal dönemde yapılan psikososyal değerlendirme ve taramaların perinatal mental sağlık konusundaki farkındalığı ve hastanede sunulan bakımın kalitesini arttırdığını belirtmiştir. Sapkota ve ark. (2022) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada eş ve aile şiddetine maruz kalan gebelere, mental sağlığı iyileştirmek amacıyla uygulanan antenatal psikososyal müdahale programının depresyon ve kaygıyı azalttığını, öz yeterlik ve yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır. Kohlhoff ve ark. (2021b) antenatal mental sağlık tarama programlarına yönelik sağlık personellerinin bakış açısını değerlendirmek amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada; tarama programları sayesinde risk altındaki kadınların belirlendiğini, süreçle ilgili bilgilendirilme yapıldıktan sonra destek hizmetlerine yönlendirildiğini ve hastanede genel bakım kalitesinin arttığını belirtmiştir.

İkinci trimesterde gebenin ve ailesinin psikososyal değerlendirmesine devam etmeli, gebenin yaşadığı değişimler ve endişeleri ile ilgili beklentilerine yargılayıcı olmayan bir tutum ile rehberlik etmeli, anksiyete düzeyi normalden fazla ise psikiyatrik bakım kuruluşuna sevkı için yönlendirmeli, bir yakını, arkadaşı ya da eşi ile hayallerini, duygularını ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirmeli, doğuma hazırlık sınıfları hakkında gebe ve eşini bilgilendirmelidir (Sevil ve Ertem, 2016; Arslan ve ark., 2019).

Üçüncü trimesterde gebenin ve ailesinin psikososyal değerlendirmesine devam etmeli, doğuma hazırlık eğitim kurumunda öğrendiği bilgileri desteklemeli, varsa sorularını yanıtlamalı, rol değişikliği ile ilgili endişelerini ve duygularını dile getirmesini sağlamalı, postpartum dönem deneyimi ile ilgili beklenti eğitimini sağlamalı, doğum sonu dönemde evde yardım için planlamayı sağlamalı ve emzirme destek grupları hakkında bilgi edinmesi için gebeyi teşvik etmelidir (Sevil ve Ertem, 2016; Değirmenci ve Vefikuluçay Yılmaz, 2020). Alves ve ark. (2023) yaptıkları çalışmada gebelere bireysel ya da grup olarak uygulanan

perinatal danışmanlık programlarının (duygu yönetimi, gevşeme ve farkındalık teknikleri) stres, kaygı ve depresyon düzeylerini azalttığını saptamıştır. Park ve ark. (2020) yaptıkları metaanaliz çalışmasında perinatal dönemde çiftlere uygulanan psikoeğitim programlarının doğum sonu dönemde depresyon riskini azaltabileceğini, babanın olumsuz duygu durumunu iyileştirebileceğini ve çiftler arasındaki ilişki doyumunu arttırabileceğini belirtmiştir.

2.2. Doğum Korkusu

Kadının yaşantısında önemli dönüm noktalarından olan gebelik ve doğum süreci, farklı deneyimlerin yaşandığı eşsiz ve özel süreçlerdir (Nilsson ve ark., 2018; Yıldırım, 2020). Kadınlar gebelik ve doğum sürecini olumlu bir deneyim olarak algılayabildikleri gibi kaygı, stres, kararsızlık, şok gibi olumsuz duygusal değişimlerin yaşanabileceği bir dönem olarak da anlamlandırabilmektedir (Størksen ve ark., 2015; Lou ve ark., 2017; Kumcağız ve ark., 2017; Taşkın, 2021; McNamara ve ark., 2022). Bu süreçlerde yaşanan olumsuz duygusal değişimlerden biri de doğum korkusudur. Literatürde, doğum korkusu kavramı ile ilgili geniş ve kapsamlı farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Hofberg ve Brockington (2000) aktardığına göre, doğum korkusu kavramı ilk defa 1858 yılında Louis Victor Marcé isimli Fransız psikiyatrist tarafından tanımlanmıştır. Marce; primipar gebelerin bilinmeyen ağrı beklentisinden kaynaklanan anksiyetesini, multipar gebelerin ise geçmişte yaşadığı ve gelecekte de yaşayabileceği deneyimlerden kaynaklanan korkuyu doğum korkusu olarak tanımlamıştır. 1980' li yıllarda, doğum korkusu, gebelerin günlük yaşantılarını ve refah düzeyini olumsuz etkileyen ve ciddi düzeyde kaygıya neden olan bir kavram olarak tanımlanmıştır (Areskog ve ark., 1981). 1990' lı yıllarda, doğum korkusu, gebelerin sağlık durumunu etkileyen kaygı bozukluğu, fiziksel yakınmalar, kabuslar, konsantrasyon sorunları ve genellikle sezaryen ile doğum şeklinin tercih edilmesine neden olan fobik bir korku olarak betimlenmiştir (Saisto ve Halmesmaki, 2003). Wijma ve ark. (1998)' nin tanımlamasına göre doğum korkusu, kadının doğumdan önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra yaşadığı korkudur. Günümüzde doğum korkusu, perinatal dönemde herhangi bir zaman aralığında ortaya çıkan, doğum eylemi için normal psikolojik hazırlık aşamasını engelleyen, ebeveynliğe geçiş sürecini zorlaştıran ve doğum yapmaya yönelik yaşanan korku olarak tanımlanmaktadır (Fenwick ve ark., 2015; Nilsson ve ark., 2018; Yıldırım, 2020; Taşkın, 2021). Doğuma yönelik kontrol edilebilir düzeyde yaşanan korkular kadının doğum sürecine hazırlık konusunda motivasyon sağlarken, korkunun çok şiddetli düzeyde olması ve patolojik seviyeye ulaşması tokofobi olarak tanımlanmaktadır (Molgora ve ark., 2018; Striebich ve ark., 2018). Tokofobi terimi, ilk defa Hofberg ve Brockington (2000) tarafından tanımlanmıştır. Hofberg ve Brockington' e (2000) göre tokofobi, gebe kalmaktan kaçınmaya

neden olan ve doğum esnasında öleceğine yönelik hissedilen patolojik korkudur. Tokofobi, primer, sekonder ve prenatal depresyon semptomu olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003).

2.2.1. Primer tokofobi

Genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkan, daha önce doğum tecrübesi yaşamayan kadınları etkileyen doğum korkusudur. Başka kadınların yaşadığı travmatik, olumsuz doğum öykülerine maruz kalma ve çocukluk döneminde yaşanan cinsel taciz ve travma öyküleri primer tokofobiye neden olabilmektedir (Hofberg ve Brockington, 2000; Nilsson ve ark., 2018; Puşuroğlu ve Hocaoglu, 2021). Bu süreci yaşayan kadınlar doğuma yönelik hissettikleri şiddetli korku nedeniyle genellikle gebe kalmaktan kaçınmakta, istemli gebelik yaşansa dahi gebeliği sonlandırmayı düşünmekte ya da planlı sezaryen tercihinde bulunmaktadırlar (Hofberg ve Brockington, 2000; Hofberg ve Ward, 2003; El-Aziz ve ark., 2017; Demşar ve ark., 2018; Gökçe İsbir ve ark., 2022). İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) (2019) tarafından yayınlanan sağlık istatistikleri verilerine göre, diğer ülkeler arasında %53,1 sezaryen oranı ile ilk sırada yer alan Türkiye’ de sezaryen oranlarında çarpıcı bir artış olmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı (2021) yılında Türkiye’ de sezaryen oranının %58,4 olduğunu bildirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni, 2021). Stoll ve ark. (2014) daha önce gebelik deneyimi yaşamayan 3680 öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun gebe kaldığı takdirde doğum ağrısı nedeniyle epidural anestezi ile vajinal doğum ya da sezaryen doğum tercih edeceklerini saptamıştır.

2.2.2. Sekonder tokofobi

Sekonder tokofobi, negatif veya travmatik bir obstetrik deneyimden sonra gelişen patolojik korku olarak tanımlanmaktadır. Genellikle multipar kadınların daha önce yaşadığı travmatik doğum öyküsüne bağlı geliştiği ve post travmatik stres bozukluğu ile de ilişkili olabildiği belirtilmektedir (Hofberg ve Brockington, 2000; Handelzalts ve ark., 2015; Demşar ve ark., 2018; Nilsson ve ark., 2018; Puşuroğlu ve Hocaoglu, 2021). Doğum öyküsü dışında kontrolsüz düşük yapma, ölü doğum, gebeliğin sonlandırılması ve travmatik vajinal muayeneler sekonder tokofobinin diğer nedenleri arasında yer almaktadır (Hofberg ve Ward, 2003; Bhatia ve Jhanjee, 2012; Alessandra ve Roberta, 2013; Uçar ve Gölbaşı, 2015; Nilsson ve ark., 2018). Størksen ve ark. (2013) Norveç’ te 1357 kadın ile yaptıkları çalışmada, negatif ve travmatik doğum deneyimi ile doğum korkusu arasında ilişki olduğunu, doğum sürecinde komplikasyon gelişen kadınlarda korku düzeyinin çok daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

2.2.3. Prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi

Gebelik sürecinde anne adayının yaşadığı depresif belirtilerin tokofobi ile birlikte kendini göstermesi olarak tanımlanan durumdur (Hofberg ve Brockington, 2000; Demşar ve ark., 2018; Nilsson ve ark., 2018; Puşuroğlu ve Hocaoglu, 2021). Diğer tokofobi türlerine göre daha nadir görülmekle birlikte, anne adayında doğumu gerçekleştiremeyeceğine yönelik yoğun korkulara, kaçınma davranışlarına, benlik saygısında azalmaya ve geleceğe dönük beklentilerin olumsuz olmasına neden olabilmektedir (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2017; O'Connell ve ark., 2017; Nilsson ve ark., 2018; Puşuroğlu ve Hocaoglu, 2021).

2.2.4. Doğum korkusu prevalansı

Doğum korkusu, hemen hemen her gebede farklı düzeylerde ortaya çıkan, kadını ve ailesini gebelik, doğum ve postpartum dönemlerde etkileyebilen ve oldukça yaygın görülen bir durumdur (Dencker ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Literatür incelendiğinde, doğum korkusu ile ilgili uluslararası ve ulusal alanda birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Lukasse ve ark. (2014) tarafından altı Avrupa ülkesinde (Danimarka, Norveç, Estonya, İzlanda, İsveç ve Belçika) doğum korkusu prevalansının değerlendirildiği çalışmada, klinik düzeyde doğum korkusu oranının tüm kadınlarda %11,0 olduğu, primiparlarda %11,4, multiparlarda ise %11,0 olduğu saptanmıştır. O'Connell ve ark. (2017) tarafından yapılan 18 farklı ülkeden verilerin incelendiği metaanaliz çalışmasında; doğum korkusu prevalansının %3,7 ile %43,0 arasında değiştiği, küresel tokofobi oranının ise %14,0 olduğu belirlenmiştir. Nilsson ve ark. (2018) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında şiddetli doğum korkusu düzeyinin %6,3-%14,8 arasında olduğu saptanmıştır. Norveç' te yapılan bir araştırmada kadınların %12,0' ının (Henriksen ve ark., 2020), Kenya' da yapılan bir araştırmada %8,0' ının klinik düzeyde, %22,1' inin ise şiddetli düzeyde (Onchonga ve ark., 2020) doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Avustralya' da yapılan bir araştırmada kadınların %29,5' inin (Haines ve ark., 2011), İsveç' te yapılan bir araştırmada %24,6' sının yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Rondung ve ark., 2019). Khaweya ve ark. (2018) tarafından Malawi' de yapılan çalışmada kadınların %41,0' ının orta düzeyde, %20,0' ının yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Demşar ve ark. (2018) tarafından Slovenya' da yapılan bir çalışmada kadınların %75,0' ının orta düzeyde, %25,0' ının şiddetli düzeyde, %1,6' sının patolojik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Mortazavi ve Agah (2018) tarafından İran' da yapılan çalışmada kadınların doğum korkusu puan ortalamalarının şiddetli düzeyde (67.6 ± 23.5) olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, kadınların orta ve şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı görülmektedir. Dönmez ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada gebelerde doğum korku düzeyinin %58,5; Bülbül ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada %38,8' inin şiddetli düzeyde, %8,2' sinin ise klinik düzeyde, Erkaya ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada %48,9' unun şiddetli/klinik düzeylerde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Okumus ve Sahin (2017) batı ve doğu illerinde kadınlarda doğum korku düzeyini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, İstanbul ilinde doğum korku düzeyinin %76,0, Siirt ilinde %24,0 olduğunu belirlemiştir. Şahin ve ark. (2019) ve Erdemoğlu ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da kadınların doğum korkusu puan ortalamalarının (74.28 ± 33.14 , 68.39 ± 23.60) şiddetli düzeyde olduğu saptanmıştır. Deliktaş ve Kukulcu (2019) yaptıkları metaanaliz çalışmasında, kadınların şiddetli düzeyde (67.26 ± 4.08) doğum korkusu yaşadığını ve ülkemizde tokofobi görülme oranının %21,0 olduğunu belirlemiştir. Serçekuş ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada gebelerin %82,6' sının, Gökçe İsbir ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada %42,4' ünün doğum korkusu yaşadığı, Çıtak Bilgin ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada %20,8' inin şiddetli düzeyde, Koc ve ark., (2021) tarafından yapılan çalışmada ise %82,0' inin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır.

Doğum korku düzeyindeki bu farklılıklar; sosyokültürel etmenler (O' Connell ve ark., 2017), gebelerin antenatal bakım hizmeti alma durumu (Onchonga ve ark., 2020), parite (O' Connell ve ark., 2017; Onchonga ve ark., 2020) ve doğum korku düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan farklı ölçüm araçlarından ve farklı kesme noktalarının kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Klabbers ve ark., 2016; Richens ve ark., 2018).

2.2.5. Doğum korkusuna neden olan faktörler

Doğum korkusu, gebelikten önce, gebelik döneminde, doğum sürecinde ve postpartum dönemlerin herhangi bir aşamasında sosyo-demografik, obstetrik ve psiko-sosyal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir.

Sosyo-demografik faktörler: Literatürde yapılan çalışmalarda maternal yaş, çalışma durumu, gelir düzeyi ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik faktörlerin doğum korkusunu etkilediği belirlenmiştir (Räisänen ve ark., 2014; Mazúchová ve ark., 2017; El-Aziz ve ark., 2017; Hildingsson ve ark., 2018; Khwepeya ve ark., 2018; Onchonga ve ark., 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Yapılan bazı çalışmalarda genç yaş grubundaki gebelerde (Lukasse ve ark., 2014; Çiçek ve Mete, 2015; Gao ve ark., 2015; Ryding ve ark., 2015; Mazúchová ve ark., 2017; Hildingsson ve ark., 2018; Çıtak Bilgin ve ark., 2021) bazı çalışmalarda ise ileri yaş

grubundaki gebelerde doğum korku düzeyinin daha yüksek olduğu (Buyukbayrak ve ark., 2010; Räisänen ve ark., 2014) saptanmıştır. Genç yaş grubundaki gebelerin genellikle primipar olması ve doğum süreci ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olmaları doğum korku düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Ilska ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada yaş ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığını belirlemiştir. Eğitim düzeyi düşük olan (Laursen ve ark., 2008; Gao ve ark., 2015; Ryding ve ark., 2015; El-Aziz ve ark., 2017; Khwepeya ve ark., 2018; Onchonga ve ark., 2020; Çıtak Bilgin ve ark., 2021), çalışmayan (Khwepeya ve ark., 2018) ve gelir düzeyi düşük olan gebelerin (Laursen ve ark., 2008; Ryding ve ark., 2015; Çıtak Bilgin ve ark., 2021) daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir. Phunyammalee ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada gelir düzeyi düşük olan gebelerin antenatal bakım hizmetlerine erişme noktasında sorun yaşadığını ve bu nedenle daha yoğun doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir. Literatürde yapılan çalışmaların aksine Qiu ve ark. (2020) Çin’ de multi-merkezli yürüttükleri çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin doğum korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu durumun, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların planlı ve kontrollü yaşam tarzından kaynaklandığını, doğum eyleminin ise kontrol edilemeyen bir süreç olması nedeniyle doğum korkusunun bu kadınlarda daha yoğun yaşanabileceğini belirtmiştir.

Obstetrik faktörler: Doğum korkusuna neden olan obstetrik faktörler arasında; gebelik haftası, doğum sayısı, gebelik sürecinde ve öncesinde yaşanan sağlık sorunları, gebelik ve doğuma yönelik bilgi düzeyi, olumsuz ve travmatik doğum deneyimleri ve doğumda ağrı yaşama korkusu yer almaktadır (Çiçek ve Mete, 2015; Fenwick ve ark., 2015; Demšar ve ark., 2018; Serçekuş ve ark., 2020; Onchonga ve ark., 2020; Wigert ve ark., 2020; O’ Connell ve ark., 2021). Kaya ve Evcili (2020) yaptıkları çalışmada, gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusunun arttığını ve gebeliğin son trimesterinde kadınların daha yoğun doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir. Bu durumun sebebi, kadınların ilk trimesterde gebeliğe, ikinci trimesterde bebeğe, son trimesterde ise doğum eylemine odaklanmasından kaynaklanmaktadır (Çiçek ve Mete, 2015).

Doğum korkusunu etkileyen bir diğer faktör paritedir. Yapılan çalışmalarda, primipar gebelerin multipar gebelere göre daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir. (Serçekuş ve ark., 2020; Onchonga ve ark., 2020; O’ Connell ve ark., 2021). Bu durum, primipar gebelerin bilinmezlik duygusu (Rouhe ve ark., 2009; Toohill ve ark., 2014; Wigert ve ark., 2020), doğum sırasında oto kontrolü kaybetme kaygısı, (Rouhe ve ark., 2009; Toohill ve ark., 2014) çevreden aktarılan olumsuz doğum öyküleri (Fenwick ve ark., 2015), sağlıklı

bir doğum gerçekleştirememesi endişesi, doğum ağrısı ile baş edememe düşüncesi (Wigert ve ark., 2020), kendi sağlığına ve bebeğinin sağlığına yönelik hissedilen kaygı, doğum ortamına ve ekibine yönelik hissedilen güven eksikliği, sağlık profesyonelleri tarafından yalnız bırakılma, empatik ve saygılı davranılmama endişesi (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2017), doğum sırasında yapılan müdahaleler, doğuma yönelik gelişebilecek komplikasyonlar (kanama, ölüm korkusu, fetal sağlık sorunları) (Arfaie ve ark., 2017), epizyotomi açılacağı ve perine bölgesinde laserasyonlar oluşacağı (Fenwick ve ark., 2015; Demšar ve ark., 2018) şeklindeki düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Dönmez ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin %60,0' ının bebeklerinin sağlığına yönelik endişe duyduğunu belirtmiştir.

Multipar gebeler genellikle önceki olumsuz doğum deneyimleri nedeniyle doğum korkusu yaşamaktadır (Fenwick ve ark., 2015; Dencker ve ark., 2019; Serçekuş ve ark., 2020). Störksen ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada olumsuz ve travmatik doğum deneyimi olan kadınların, sonraki gebeliklerinde doğum korkusu oranlarının beş kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Önceki doğum deneyimi müdahaleli olarak gerçekleşen veya acil sezaryen olan kadınların daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (Toohill ve ark., 2014; Serçekuş ve ark., 2020). Çıtak Bilgin ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada plansız gebeliğin ve düşük öyküsünün doğum korkusunu arttırdığını saptamıştır. Räisänen ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada majör konjenital anomali öyküsü olan ve in vitro fertilizasyon yöntemi ile gebe kalan kadınların doğum korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Körükçü ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, gebelikten önce sağlık sorunları olan ve doğuma yönelik bilgi almayan kadınların doğum korku puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Doğum sırasında ağrı yaşama korkusu, en yaygın görülen doğum korkusu nedenleri arasında yer almaktadır (Fenwick ve ark., 2015; Demšar ve ark., 2018). Doğum ağrısının algılaması her gebede farklılık göstermektedir (Junge ve ark., 2018). Bazı kadınlar tarafından doğum ağrısı, anneliğin bir parçası olarak algılanırken, bazı kadınlar ise doğum sırasında yaşanan ağrıyla baş edememe düşüncesi nedeni ile korku yaşamaktadır (Sani, 2015; Fenwick ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda ağrı beklentisi yüksek düzeyde olan gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (Sani, 2015; Kaya ve Evcili, 2020). Wigert ve ark. (2020) doğum sırasında yaşanan ağrının kadının tekrar gebe kalma düşüncesini etkilediğini ve sonraki gebeliklerinde doğum korku düzeyinin daha yüksek olduğunu

belirtmiştir. Kadınların isteğe bağlı sezaryen ile doğum yapmak istemelerinde ki en yaygın gerekçe ağrı yaşama korkusudur (Jenabi ve ark., 2020; Sluijs ve ark., 2020).

Psikososyal faktörler: Doğum korkusunu etkileyen psikososyal faktörler arasında; sosyal destek, benlik saygısı, kişilik özelliği, öz yeterlilik algısı, anksiyete ve depresyon, çocukluk döneminde fiziksel, cinsel şiddet ve istismar öyküsü yer almaktadır (Çiçek ve Mete, 2015; Körükcü ve ark., 2017; Zamani ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Gebelik süreci fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı özel bir süreçtir. Bu dönemde gebeler, sağlık personellerinden, aile bireylerinden, arkadaşlarından özellikle de eşlerinden sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (Negron ve ark., 2013; Zamani ve ark., 2019). Literatürde yapılan çalışmalarda sosyal destek kaynakları yetersiz olan gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmektedir (Gao ve ark., 2015; Khwepeya ve ark., 2018; Demšar ve ark., 2018; Azimi ve ark., 2018; Phunyammalee ve ark., 2019). Gebelik döneminde sosyal destek kaynaklarının artması, gebeleri bilişsel ve duygusal olarak rahatlatmakta, doğum korku düzeyini azaltmakta ve annelik rolüne geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (Şen ve ark., 2012; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Doğum korkusunu etkileyen diğer psikososyal faktörler ile ilgili yapılan çalışmalar incelediğinde; öz yeterlilik algısı (Gao ve ark., 2015; Çıtak Bilgin ve ark., 2021, Qiu ve ark., 2020) ve benlik saygısı düşük olan gebelerin (Junge ve ark., 2018) daha yoğun doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir. Kişilik özelliği, kadının gebelik ve doğum sürecine ilişkin algısını ve tutumunu etkilemektedir (Hamama-Raz ve ark., 2017; Gönenç ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda, negatif ve nevrotik kişilik özelliği olan, sürekli kendini kaygılı hisseden gebelerin doğum korku düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Handelzalts ve ark., 2015; Hamama-Raz ve ark., 2017; Erdemoğlu ve ark., 2019; Gönenç ve ark., 2020). Ayrıca durumluk ve sürekli anksiyete düzeyinin yüksek olmasının, gebelikten önce ve gebelik sürecinde ortaya çıkan depresyonun (Räisänen ve ark., 2013; Jokić-Begić ve ark., 2014; Gao ve ark., 2015; Dencker ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021), katastrofik ağrı ve belirsizlik duygusunun (Rondung ve ark., 2019) doğum korkusu açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda doğum esnasında yaşanan ağrının, yaşadıkları istismar öyküsünü hatırlattığı, bu durumun kadınlarda oto kontrolü kaybetme kaygısını arttırarak doğum korkusuna neden olabildiği belirtilmektedir (Wiklund ve ark., 2012). Lukasse ve ark. (2011) Norveç’ te yaptıkları çalışmada, çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olan gebelerin daha yoğun doğum korkusu yaşadığını, antenatal dönemde daha fazla komplikasyon geliştiğini ve doğumların sezaryen ile sonlanma riskinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Kültürel faktörler: Doğum korkusunu etkileyen bir diğer faktör kadınların sosyo-kültürel özellikleridir. Gebelik ve doğum süreçlerine olan bakış açısı her toplumda farklılık göstermektedir. Kadınların doğum ağrısına olan bakış açıları ve davranışları da toplumun bakış açısına göre şekillenmektedir (Çakır Koçak ve Sevil, 2016). Örneğin; Asya ülkelerinde doğum sırasında bağırarak ya da ağlamak utanç verici bir eylem olarak değerlendirilirken, Latinlerde doğum süreci dramatize edilmekte ve kadınlar doğum sırasında daha fazla bağırılmaktadır (Özcan, 2012). Çin’ de kadınların doğum ağrısına tepki göstermedikleri ve dayanıklı oldukları belirtilmektedir (akt. Kömürcü ve Berkiten, 2008). İskandinav ülkelerinde kadınlar doğum sırasında daha içe dönük davranmaktadır (Kuğuoğlu ve Eti-Aslan, 2006). Kabakian-Khasholian ve ark. (2015) Arap ülkelerinde yaptıkları bir çalışmada kadınların doğum eylemini utanç veren bir durum, acı çekme ve güçsüzlük olarak algıladığını belirtmiştir. Ayrıca doğum ile ilgili sosyal medyada yapılan paylaşımlar da toplumların doğum algısını etkilemektedir. Medya tarafından doğum eyleminin ürkütücü, ağrılı ve riskli bir süreç olarak yansıtılması kadınların doğum algısının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Sen ve ark., 2015).

2.2.6. Doğum korkusunun etkileri

Doğum korkusunun gebelik öncesi döneme etkisi: Doğum korkusu, kadının gebelik öncesi dönemden itibaren olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Şiddetli doğum korkusu bazı kadınların gebelikten kaçınmak için kontrasepsiyon yöntemlerini özenli kullanmasına, psikoseksüel zorluklar yaşamasına, hatta gebe kalırsa dahi sağlıklı gebeliğin sonlandırılmasına neden olabilmektedir (Gutteridge, 2013). Sydsjö ve ark. (2013) multipar gebeler ile yaptıkları çalışmada kadınların doğum korkusu nedeniyle gebelikler arasındaki süreyi uzattığını belirtmiştir.

Doğum korkusunun gebeliğe etkisi: Doğum korkusu gebelerin günlük yaşantısının etkilenmesine neden olabilmektedir (Sydsjö ve ark., 2013). Gebelik sürecinde doğuma yönelik artan stres ve anksiyete gebede fiziksel, duygusal ve davranışsal değişimlere neden olmaktadır. Yüksek düzeyde doğum korkusu gebede huzursuzluk, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, depresyon, kabus görme, fiziksel aktivitelerde değişiklik, konsantrasyon sorunları, doğuma hazırlık sınıflarına katılmaktan kaçınma, hatta bazı gebelerde paranoid düşüncelere neden olabilmektedir (O’ Connell ve ark., 2015; Molgora ve ark., 2018; O’ Connell ve ark., 2019; Dencker ve ark., 2019).

Doğum korkusunun doğum eylemine etkisi: Doğum korkusu, doğum deneyimini olumsuz etkilemekte ve doğum eylemine ait komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (Çiçek ve Mete, 2015; Klabbers ve ark., 2016). Gebelerde doğum korkusu, sempatik sinir

sisteminin ve vazokontrüksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaların tetiklenmesine neden olmaktadır. Bu durum katekolaminler gibi (adrenalin, noradrenalin) stres hormonlarının salgılanmasını arttırmaktadır. Katekolaminler, uterusu giden arterlerde vazokontrüksiyon yaparak, uterusu giden kan miktarının ve plasental perfüzyonun azalmasına neden olmaktadır. Plasental perfüzyondaki azalma, fetüse giden oksijen miktarının azalmasına ve fetal distrese yol açmaktadır. Doğum korkusu uterus kaslarının normal çalışma düzeninin de bozulmasına neden olmaktadır. Uterusta yer alan dikey kaslar, çizgisel kasları yukarı çekmek isterken, çizgisel kaslar bu duruma direnç göstermektedir. Bu durum serviksini açılmasının yavaşlamasına ve doğum eyleminin uzamasına neden olabilmektedir. Kasların çalışma dengesindeki bozulma doğum sırasında yaşanan ağrının artmasına yol açmaktadır. Ağrı düzeyindeki artış, korku düzeyinin daha da artmasına neden olmaktadır. Bu durum “Korku-Gerginlik-Ağrı Döngüsü” olarak tanımlanan kısır bir döngüdür (Serçekuş, 2011; Mongan, 2013; Dick-Read ve ark., 2013). Doğumda korku durumunda salgılanan adrenalin düzeyindeki artış uterus kontraksiyonlarını tetikleyen oksitosin hormonunun salgılanmasını engellemektedir. Bu durum doğum eyleminin uzamasına yol açmaktadır. Uzayan doğum eylemi gebenin doğum korkusunun daha da artmasına neden olabilmektedir (Adams ve ark., 2012; Alessandra ve Roberta, 2013).

Şiddetli düzeyde yaşanan doğum korkusunun gebede, hipertansiyon, preeklamsi, erken doğum riski, doğum eylemi sırasında komplikasyon gelişmesi gibi yüksek riskli sorunlara (Klabbers ve ark., 2016), fetüste ise, asfiksi, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığına neden olduğu belirtilmektedir (Korukcu ve ark., 2012; O’Connell ve ark., 2015). Dencker ve ark. (2019) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında doğum korkusu yaşayan kadınlarda, doğum distosisi, epidural analjezi kullanımı, acil sezaryen ile müdahaleli doğum oranlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Sydsjö ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınlarda indüksiyon kullanım oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Doğum korkusunun doğumdan memnuniyeti azalttığı, doğum ağrısını arttırdığı, doğuma yönelik öz yeterlilik algısını olumsuz etkilediği, anne-bebek ilişkisinde sorunlara neden olduğu, komplikasyonlu ve müdahaleli doğumlara, sezaryen doğum tercihinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (Çiçek ve Mete, 2015; Nilsson ve ark., 2018; Junge ve ark., 2018; Dencker ve ark., 2019; Çıtak Bilgin ve ark., 2021). Fox ve ark. (2019) kadınların sezaryen ile doğum tercihinde bulunma nedenleri arasında ilk sırada doğum korkusunun yer aldığını belirtmiştir. Konlan ve ark. (2019) kadınların sezaryen ile doğum tercihinde

bulunmalarının gerekçesini, normal vajinal doğuma kıyasla ağrısız olarak algılamalarından kaynaklı olduğunu belirtmiştir.

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğum oranlarında artış olduğu görülmektedir. OECD (2019) tarafından yayınlanan sağlık istatistikleri verilerine göre, diğer ülkeler arasında %53,1 sezaryen oranı ile ilk sırada yer alan Türkiye’ de sezaryen oranlarında çarpıcı bir artış olduğu belirtilmiştir. T.C Sağlık Bakanlığı 2021 yılında Türkiye’ de sezaryen oranının %58,4 olduğunu bildirmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni, 2021). Faisal ve ark. (2014) yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınlar sezaryen ile doğumu tercih etme gerekçelerini; doğum ağrısı ile ilişkili doğum korkusu, vajinal doğumdan sonra gelişebilecek komplikasyonlar ve doğum ekibine güven duymama olarak açıklamıştır. Ryding ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan nulliparların %16,7’ sinin, multiparların %31,7’ sinin isteğe bağlı sezaryeni tercih ettiklerini saptamıştır. Long ve ark. (2018) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında Çinli kadınların %20,0’ ının doğum korkusu nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların %73,2’ si doğum tercihlerini etkileyen faktörün doğum korkusu olduğunu belirtmiştir (Reyes ve Rosenberg, 2019). Doğum korkusu gebenin doğum ekibi ile iletişimini ve eylem sırasında iş birliği yapmasını engellemektedir (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2017).

Doğum korkusunun doğum sonu döneme etkisi: Doğum korkusunun doğum sonu dönemde, olumsuz ve travmatik doğum deneyimi yaşanmasına, anne-bebek arasındaki bağlanmada gecikmeye, emzirmede sorunlar yaşanmasına, benlik saygısında azalmaya, travma sonrası stres bozukluğuna ve postpartum depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Kaymaz ve ark., 2015; Ayers ve ark., 2016; Nilsson ve ark., 2018). Larsson ve ark. (2015) doğum korkusunun doğumdan sonra bir yıl boyunca devam edebildiğini belirtmiştir. Bu durum erken çocukluk döneminde zihinsel ve motor becerilerin gecikmesine neden olabilmektedir. Ayrıca amniyotik mayide kortizol düzeyinin yüksek olması fetüsün beyin gelişimini etkilemekte, sosyal beceri, hafıza ve dil gelişiminde sorunlara neden olmaktadır (Alessandra ve Roberta, 2013). Zejnullahu ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada doğum korkusunun postpartum depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Grekin ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada posttravmatik stres bozukluğu ile doğum korkusu arasında doğrudan bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Raudasoja ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada doğum deneyimi ile benlik saygısı arasında ilişki olduğunu, pozitif doğum deneyimi yaşayan kadınların doğum

sonu dönemde benlik saygılarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Gebelerde doğum korkusunun azaltılması, gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesini, pozitif doğum deneyimi yaşanmasını, maternal uyumu ve postpartum süreci olumlu yönde etkilemektedir (Bolsoy ve ark., 2019).

2.2.7. Doğum korkusuyla baş etmeye yönelik müdahaleler

Doğum korkusu, perinatal dönemde kadınların holistik sağlığını etkileyen ve oldukça yaygın görülen bir durumdur. Bu dönemde kadınların psikososyal sağlık durumlarının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve travmatik doğum algısının oluşmasını engellemek için doğum korkusunun uygun müdahaleler ile yönetilmesi gerekmektedir (Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019). Doğru müdahaleler ile doğum korkusunun azalması, anne adayının fiziksel ve zihinsel olarak güvenli bir doğum deneyimlemesini sağlamak ve anneliğe geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (Koushede ve ark., 2017). Doğum korkusuyla baş etmeye yönelik müdahalelerde temel hedef; kadının farkındalık düzeyini arttırmak, doğuma yönelik yaşadığı anksiyeteyi kontrol altına almasını sağlamak, doğum ile ilgili pozitif duygular hissetmesine yardım etmektir. Kadınların doğuma yönelik korkularını azaltmak için doğum öncesi dönemden, doğum sonu döneme kadar desteklenmesi gerekmektedir (Çiçek ve Mete, 2015). İlk etapta kadınların doğum korku düzeyleri tanılanmalı, korkuya neden olan ve etkileyen faktörler saptanmalı, korkunun günlük yaşantıyı etkileme düzeyi belirlenmeli, kadının duygularını ifade etmesi sağlanmalı ve baş etme mekanizmaları değerlendirilmelidir (Coşkun Potur ve ark., 2017).

Kadınlarda doğum korkusunun gebelik öncesi dönemde saptanması, doğum korkusunu azaltmaya yönelik uygulanabilecek müdahalelerin belirlenebilmesi açısından oldukça önemlidir (Coşkun Potur ve ark., 2017). Sağlık Bakanlığı tarafından birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ülkemizde yürütülen ve kadınların doğum korkularını değerlendiren tarama programları mevcut değildir. Örneğin: İsveç’ te kadınların doğum korku düzeyleri prekonsepsiyonel dönemden itibaren araştırılmakta ve korkuya yönelik danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Ebeler tarafından sunulan danışmanlık hizmetlerinin oturum içeriklerinde, kadınların doğum eylemine yönelik öz yeterliliğini ve öz güvenini arttırmayı hedefleyen bilgi, destek ve doğum hazırlığı gibi temalar yer almaktadır (Hildingsson ve ark., 2019).

Doğum korkusu ile baş etmede en yaygın kullanılan yaklaşımlardan biri Doğuma Hazırlık Eğitim programlarıdır. Doğuma Hazırlık eğitim programlarındaki amaç; kadını doğru

bilgilendirerek istendik sağlık davranışını kazandırmak, doğum eylemine yönelik maternal-öz yeterlilik algısını arttırmak, stres ve anksiyete yönetimini sağlamak, doğum ve doğum sonu döneme yönelik korkuları azaltmak, anne adayını ve eşini doğuma ve ebeveynlik sürecine hazırlamak, sosyal destek ağlarının gelişmesini sağlamak, perinatal mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasını sağlamak, yenidoğanın sağlığını geliştirmek, anne adayının başarılı bir şekilde emzirmesini sağlamak ve doğum sonu dönemde kadının sağlığını yükseltmektir (Serçekuş ve Yenel, 2015; Okumuş ve ark., 2015).

Doğuma hazırlık eğitim programları, uzun bir geçmişe sahip olmasına karşın, 1930' lu yıllardan sonra önemi giderek artmıştır. 1930' lu yıllara kadar doğumlar ev ortamında gerçekleştirilmekteydi. Doğal bir süreç olarak değerlendirilen doğum eylemi sırasında kadın; evdeki bireyler tarafından desteklenmekteydi. Günümüzde doğum eyleminin hastane ortamlarına taşınması ile birlikte bu süreç değişmeye başlamış ve kadınlar aile bireylerinin desteğinden mahrum kalmıştır. Ayrıca kadınlara hastane ortamında uygulanan tıbbi prosedürler doğum eylemine yönelik korku ve kaygı düzeyinin artmasına neden olmuştur. Bu süreç kadınların doğuma hazırlık eğitim programlarına olan gereksinimini arttırmıştır (Walker ve ark., 2009). Ülkemizde doğuma hazırlık eğitimleri 1980' li yıllarda Oktay Kadayıfçı' nın önderliğinde Lamaze Yöntemi' nin benimsenmesi ile başlamıştır ve son on yılda giderek yaygınlaşmıştır (Kadayıfçı ve Coşar, 2013; Serçekuş ve Yenel, 2015). Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında “Gebe Bilgilendirme Sınıfları” genelgesinin yayınlanmasıyla birlikte her ilde doğuma hazırlık sınıflarının açılması istenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi, 2014).

Doğuma hazırlık eğitimleri ilk defa Grantly Dick-Read tarafından gündeme gelmiştir. 1913 yılında Dick-Read bir kadının doğum sırasında kloroform almadan eylemi sessiz bir şekilde gerçekleştirdiğini gözlemlemiş ve bu durumdan oldukça etkilenmiştir. Read, yaptığı çalışmalar sonucunda, doğum ağrısının doğum sürecinde yaşanan korku nedeniyle oluştuğunu, kadının doğum sürecine yönelik bilgi ve farkındalığının arttırılması ile “korku-gerginlik-ağrı” döngüsünün kırılabileceğini ve ağrı ile baş edilebileceğini belirtmiştir (Walker ve ark., 2009; Mongan, 2013; Kızılkaya Beji, 2016). Dick-Read tarafından savunulan bu teori, doğal doğum felsefesine dayalı farklı doğuma hazırlık eğitim metodlarının gelişmesine katkı sağlamıştır (Walker ve ark., 2009; Mongan, 2013).

Lamaze yöntemi: 1950' li yıllarda Ivan Pavlov' un şartlı öğrenme kuramından etkilenen Fransız hekim Fernand Lamaze, ağrısız doğum yöntemini öne sürmüştür. Lamaze' a göre

doğum sırasında yaşanan ağrı şartlanılmış bir tepkidir. Oldukça yaygın kullanılan bu yöntem, doğum eğitimi, gevşeme yöntemleri ve solunum tekniklerinden oluşmaktadır. Doğum öncesi dönemde kadın, kendini doğum sırasında ağrı yaşamayacağı yönünde şartlarsa, doğum ağrılarına odaklanmak yerine kontrollü nefes alıp verme ve gevşemeye odaklanırsa ağrı düzeyi azalmakta ve doğum süreci kısalmaktadır (Walker ve ark., 2009; Amis, 2015; Podgurski, 2016). Wu ve ark. (2021) yaptıkları sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında, primiparlara doğumda uygulanan hemşirelik müdahalesi ve Lamaze tekniğine dayalı solunum çalışmasının doğal doğum oranını arttırdığını, doğum süresini kısalttığını, doğumda ağrı düzeyini ve postpartum kanamayı azalttığını saptamıştır.

Bradley yöntemi: Çiftleri gereksiz tıbbi uygulamalardan kaçınarak, normal ve doğal yollardan doğum sürecine hazırlamak amacıyla geliştirilen ve doğum koçluğu modelini temel alan bir yöntemdir. Bradley, doğum sürecinde kadının eşinin koç olarak görev almasının doğum eylemini kolaylaştıracağını savunmaktadır. Bu yöntemde doğum sürecine yönelik kanıt temelli bilgilendirmeler yapılmakta ve relaksasyon teknikleri öğretilmektedir. Doğum sırasında karanlık ve sessizliğin önemli olduğu ve gevşemede beyin-beden arasındaki ilişkinin gücü vurgulanmaktadır. Eğitimlerde eşlere, doğum süreciyle ilgili bilgi verilmekte, kadının ihtiyaçlarına yönelik nasıl destek sağlanacağı ve koçluk yapılacağı anlatılmaktadır. Bu yöntemde, gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınmak için fiziksel ağrının kabulü ve yönetiminin önemli olduğu üzerinde durulmakta ve ilaç kullanımına izin verilmemektedir (Walker ve ark., 2009; Mongan, 2013; Elmas ve ark., 2017).

HypnoBirthing yöntemi: Marie Mongan tarafından 1990 yılında, Dick-Read' in korku-gerginlik-ağrı döngüsüne göre geliştirilen bu yöntemde, her kadının kendisi ve bebeği için doğum eyleminin en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahip olduğu belirtilmektedir (Mongan, 2013). HypnoBirthing yöntemi, kadının doğuma yönelik hissettiği korkulardan arınmasının ve kendi kendine hipnoz yöntemiyle gevşemesinin mümkün olduğunu savunmaktadır. Kadının içinde var olan doğum yapma güdülerini ortaya çıkarmak, beden ve zihni doğum sürecine hazırlamak amacıyla imgeleme, nefes, derin gevşeme, görselleştirme ve derinleşme gibi teknikler kullanılmaktadır (Mongan, 2013). Bu yöntem, annenin ve ailesinin doğum deneyimi ve beklentileri üzerine olumlu tutum kazandırmayı hedeflemektedir. Doğumun ağrısız bir süreç olduğu yönünde hipnoz etmeyi öğreten bu yöntemde, gebelik ve doğum süreci ile ilgili olumlu kelimeler kullanılması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin: ıkınma ifadesi yerine bebeğe yol verme, kontraksiyon ifadesi yerine dalgalar gibi kelimeler kullanılarak tıbbi ifadelerden kaçınılmaktadır (Walker ve ark., 2009;

Mongan, 2013). Bulez ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada prenatal dönemde uygulanan hypnobirthing eğitiminin pozitif doğum algısı üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir.

Farkındalığa dayalı doğuma hazırlık ve ebeveynlik programı: Bu model, kadın ve eşinde farkındalık oluşturma üzerine temellenmektedir (Bardacke, 2017). Farkındalık oluşturma, bedende meydana gelen fiziksel ve zihinsel değişiklikleri fark etme, gözlem yeteneğini geliştirme ve istenen duruma ulaşmayı amaçlamaktır. Bu modelde farkındalık oluşturma yanı sıra meditasyon ve yoga uygulamaları, stresle baş etme teknikleri, odaklanma, solunum teknikleri ve doğal doğum yer almaktadır (Walker ve ark., 2009; Bardacke, 2017). Literatürde yapılan çalışmalarda bu programın gebelik döneminde algılanan stres ve depresyon belirtilerini azalttığı (Lönnberg ve ark., 2020), doğum korkusunu azalttığı ve doğumda öz yeterliliği arttırdığı saptanmıştır (Byrne ve ark., 2014). Van der Meulen ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelere uygulanan farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitim programı ile çiftlere bireysel olarak uygulanan danışmanlık eğitiminin psikolojik iyi oluş, gebelik ve doğum deneyimi üzerindeki kısa ve uzun vadeli sonuçlarını karşılaştırmıştır. Gebeler ve eşleri müdahale öncesi, müdahale sonrası, doğumdan iki-dört hafta sonra, doğumdan 16-20 hafta sonra değerlendirilmiştir. Farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitim programına katılan çiftlere dokuz hafta, bireysel olarak uygulanan danışmanlık eğitiminde ki çiftlere ise iki seans (her seans 90 dk) uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, her iki müdahale grubunun psikolojik iyilik hali, doğum ve gebelik deneyimi sonuçlarının benzer olduğu, ancak farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitim programına katılan gebelerin doğum deneyimlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Bu yöntemler dışında farklı doğuma hazırlık modelleri de kullanılmaktadır. Doğum eyleminin bir sanat olarak değerlendirildiği England Modeli' nde (İçsel Doğum) doğuma yönelik eğitim sürecinde yaratıcılık ve özgürlük kullanılmaktadır. Bu modelde ebeveynlerden doğum eylemine yönelik korkularını, istek ve gereksinimlerini resim çizerek ve rol play yaparak anlatmaları istenmektedir (England ve Horowitz, 2000; Walker ve ark., 2009). Diğer bir doğuma hazırlık yöntemi Janeet Balaskas tarafından geliştirilen Aktif Doğum yöntemidir. Bu yöntem, kadının vücudunu istediği şekilde ve pozisyonda kullanmakta özgür olduğu içgüdüsel bir yöntemdir. Aktif doğum yönteminin en önemli özellikleri; kadınların doğum sırasında içgüdüsel olarak dik doğum pozisyonlarını kullanmaları, doğum eylemi sırasında salgılanan hormonlar ve doğum sürecine etkisi ve kadınların doğum ile ilgili kendi tercihlerini yapmalarını sağlamaktır (Balaskas, 1992). Odent Modeli' ne göre, doğum çok özel bir deneyimdir ve çiftler bu deneyimi en iyi fiziksel koşullarda sevgi ile yaşamalıdır. Bu modele

göre sağlık çalışanları sürece müdahale etmekten ziyade izleyici pozisyonunda olmalıdır (Odent, 2014). Psikoseksüel Metot olarak bilinen Kitzinger Metodu' nda, doğum eylemi sırasında gevşeme teknikleri ve progresif solunum egzersizlerinin kullanılması ile doğum sırasında yaşanan ağrıların kontrol altına alınması hedeflenmektedir (Walker ve ark., 2009). Leboyer Metodu' nda doğum eylemi yenidoğan açısından travmatik bir olay olarak değerlendirilmekte ve doğum sürecinin zararsız olması gerektiğine inanılmaktadır. Bu nedenle doğum sırasında yapılan rutin uygulamalardan (gürültü, yoğun ışık, ilk solunumun başlaması için yenidoğanın poposuna vurulması, umbilikal kordun solunum başlamadan kesilmesi) kaçınılarak yenidoğanın ağrı ve travmasının azaltılması gerektiği savunulmaktadır (şeker ve Sevil, 2015).

Doğuma hazırlık eğitim programlarının etkinliği: Doğuma Hazırlık Eğitim programlarının etkinliğini değerlendirebilmek ve karşılaştırma yapmak oldukça zordur. Çünkü Doğuma Hazırlık Eğitim programları hedefleri, içerikleri ve kullandıkları eğitim modellerine göre farklılıklar göstermektedir (ek ve Mete, 2015). Bazı eğitim programları sadece teorik olarak bilgi paylaşımında bulunurken, bazı programlar ise birden fazla doğuma hazırlık eğitim felsefesinin birlikte kullanılmasından oluşmaktadır (Okumuş ve ark., 2015; Buran, 2015). Günümüzde genellikle farklı eğitim modelleri birlikte kullanılarak doğuma hazırlık eğitimleri verilmektedir (Gökçe İsbir ve ark., 2016; ankaya ve şimşek, 2021). Yapılan çalışmalarda, doğuma hazırlık eğitim programlarında farklı eğitim modelleri ve farklı yöntemler uygulanmasına rağmen genellikle olumlu sonuçlar alındığı belirlenmiştir (Navaee ve Abedian, 2015; Gökçe İsbir ve ark., 2016; ankaya ve şimşek, 2021). Gökçe İsbir ve ark. (2016) farklı eğitim modellerini (Dick-Read, Lamaze, Aktif doğum ve HypnoBirthing) harmanlayarak oluşturdukları doğuma hazırlık eğitim programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, eğitim programına katılan kadınların doğum korku düzeylerinin azaldığı, doğumda öz-yeterliliklerinin arttığı ve doğumdan sonra travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin azaldığını saptamıştır. ankaya ve şimşek (2021) farklı eğitim modellerini birlikte kullanarak oluşturdukları doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde anksiyete, stres ve doğum korku düzeyini azalttığını ve vajinal doğum oranlarını arttırdığını belirlemiştir. Navaee ve Abedian (2015) rol play tekniğini kullanarak yaptıkları eğitimin gebelerde doğum korku düzeyini azalttığını ve sezaryen oranlarının azaltılmasında beş kat etkili olduğunu belirtmiştir. Kizilirmak ve Başer (2016) yaptıkları çalışmada primigravidalara son trimesterde verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum ile ilgili olumsuz düşünceleri ve doğum korku düzeyini azalttığını belirtmiştir. Karabulut ve ark. (2016) ve Akın ve ark. (2018) tarafından yapılan benzer çalışmalarda da doğuma hazırlık eğitiminin doğum korku düzeyini

azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Mete ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada doğuma hazırlık eğitim programlarının doğum korkusu üzerinde etkili olmadığını ancak kadınların vajinal doğum tercihini ve doğuma hazır oluşluğu arttırmada etkili olduğunu belirtmiştir. Buran ve ark. (2020) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, doğuma hazırlık eğitim programlarının doğum korku düzeyini azalttığı, vajinal doğum oranını ve olumlu doğum deneyimini arttırdığını saptamıştır. Hassanzadeh ve ark. (2020) İran’ da primiparlar ile yaptıkları çalışmada prenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu, anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığını belirtmiştir. Hatamleh ve ark. (2019) doğuma hazırlık eğitiminin doğum sonuçları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, eğitim alan gebelerde doğum eyleminin spontan belirtiler ile başladığını, eylemin aktif fazında doğumhaneye başvurduklarını ve doğumdan sonra daha erken dönemde emzirmeye başladıklarını saptamıştır. Firouzbakht ve ark. (2013) yaptıkları deneysel çalışmada 16. gebelik haftasından itibaren altı-sekiz seans doğuma hazırlık eğitim programına katılan gebelerin doğum eyleminin geçiş fazını daha rahat geçirdiklerini ve kontrol grubuna göre ağrı düzeyinin önemli ölçüde azaldığını belirtmiştir. Esencan ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada doğum öncesi hazırlık eğitimine katılan gebelerin ten tene teması talep etme ve uygulama üzerinde etkili olduğunu, doğum şekli ve ilk emzirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Leutenegger ve ark. (2022) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında, antenatal eğitim kapsamında öğretilen nefes alma ve gevşeme tekniklerinin öz yeterliliği arttırdığını, farmakolojik desteğe olan ihtiyacı ve epidural anestezi kullanımını azalttığını, doğum ağrısına yönelik algıyı pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir.

Doğum korkusu ile baş etmede kullanılan diğer yaklaşımlar: Doğum korkusuyla baş etmeye yönelik uygulanan diğer yaklaşım yöntemleri arasında; psiko-eğitim müdahaleleri (Fenwick ve ark., 2015, Toohill ve ark., 2017; Airo Toivanen ve ark., 2018; Akgün ve ark., 2020); bilişsel davranışçı terapi (Nieminen ve ark., 2016; Uçar ve Golbasi, 2019), bireysel danışmanlık (Andaroon ve ark., 2020), psikodrama (Bayrı Bingöl ve ark., 2022), hypnobirthing (Buran ve Aksu, 2022), yoga (Koyuncu ve Bülbül, 2021), haptoterapi (Klabbers ve ark., 2019), motivasyonel görüşme (Calpbinici ve Özçirpan, 2022), sanat terapisi (Wahlbeck ve ark., 2018), PLISSIT temelli yaklaşım ve Nöro Linguistik Programlama (NLP) uygulaması yer almaktadır (Bektaş, 2019). Andaroon ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada bireysel danışmanlık müdahalesinin doğal doğum tercihini arttırdığını ve doğal doğuma karşı olumlu tutum geliştirilmesini sağladığını belirlemiştir. Fenwick ve ark. (2015) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ikinci trimesterde olan gebelere ebeler tarafından telefonla uygulanan psiko-eğitim müdahalesinin doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğunu

saptamıştır. Toohill ve ark. (2014) yaptıkları benzer çalışmada psikoeğitim müdahalesinin doğum korkusunu azalttığını, doğuma yönelik öz yeterlilik duygusunu arttırdığını saptamıştır. Toohill ve ark. (2017) yaptıkları başka bir randomize kontrollü çalışmada psiko-eğitim müdahalesinin vajinal doğum oranını arttırdığını, sezaryen doğum oranını azalttığını belirtmiştir. Akgün ve ark. (2020) yaptıkları sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında psikoeğitim müdahalesinin doğum korku düzeyini ve sezaryen oranlarını azalttığını saptamıştır. Nieminen ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan nulliparlara sekiz hafta uygulanan online bilişsel davranışçı terapi uygulamasının gebelikte ve doğum sonu dönemde değerlendirilen doğum korku düzeyini azalttığını saptamıştır. Airo Toivanen ve ark. (2018) grup terapi yönteminin doğum korkusu ve duygular üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla şiddetli tokofobi yaşayan 105 primipar gebe ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, 28-33. gebelik haftaları arasında yer alan gebelere altı seans gebelik döneminde, bir seans doğum sonu dönemde olmak üzere toplam yedi seans terapi (psikoeğitim, beden-zihin bağlantısı, olumlama ve motivasyon uygulamaları) uygulamıştır. Müdahale sonucunda doğuma yönelik olumsuz duygularda ve doğum korku düzeyinde azalma olduğunu, doğum sonu dönemde ebeveyn rolüne adaptasyon sürecinin daha kolay olduğunu belirlemiştir. Uçar ve Golbasi (2019) yaptıkları deneysel çalışmada, bilişsel davranışçı terapi yönteminin doğum korkusu ve doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla 20-32. gebelik haftaları arasında yer alan müdahale grubundaki gebelere altı oturum bilişsel davranışçı terapi uygulamıştır, kontrol grubu ise rutin bakım almıştır. Araştırma sonucunda, girişim grubunda yer alan gebelerin doğum korku düzeyinin önemli ölçüde azaldığını ve doğum sürecinin olumlu etkilendiğini saptamıştır. Wahlbeck ve ark. (2018) yaptıkları kalitatif çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan gebelerde, doğum korkusunun yönetiminde sanat terapi yöntemini kullanmıştır. 28-36. gebelik haftaları arasında gebelere beş seans sanat terapisi uygulanmıştır. Uygulama kapsamında gebelerden doğuma yönelik yaşadıkları duyguları resim olarak yansıtmaları istenmiştir. Doğumdan üç ay sonra annelerle yapılan görüşmede, anneler gebelik döneminde yaşadıkları duyguları görselleştirmenin doğuma yönelik yaşadıkları korkuyu azalttığını, daha sonraki gebelikler için öz güven ve umut kazandırdığını belirtmiştir. Bayrı Bingöl ve ark. (2022) psikodramanın doğum korkusu üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, girişim grubunda yer alan gebelerin doğum korku düzeylerinin önemli ölçüde azaldığını saptamıştır.

Doğum korkusunun yönetiminde kullanılan yöntemlerden biri de haptoterapidir. Haptoterapi, dokunarak duygusal iletişim kurma üzerine temellenen bir alandır (Ksycinski ve ark., 2010). Klabbers ve ark. (2019) haptoterapi uygulamasının doğum korkusu üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada şiddetli doğum korkusu yaşayan 20-36. gebelik haftaları arasındaki 134 gebeyi üç gruba ayırmıştır. Birinci gruba sekiz seans haptoterapi, ikinci gruba sekiz seans online psiko-eğitim, kontrol grubuna ise rutin bakım uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, haptoterapi grubunda yer alan gebelerin doğum korku düzeyinde önemli derecede azalma olduğu saptanmıştır. Koyuncu ve Bülbül (2021) yoga uygulamasının doğum korkusu ve öz yeterlilik üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları yarı deneysel çalışmada, 34-38. gebelik haftaları arasındaki nulliplarlara dört hafta boyunca haftada iki defa yoga uygulattır. Yoga müdahalesinin doğum korku düzeyini azalttığını ve öz yeterliliği önemli ölçüde arttırdığını saptamıştır. Stoll ve ark. (2018) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında prenatal yoga uygulamasının doğum korkusunu ve gebelikle ilişkili anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Buran ve Aksu (2022) hypnobirthing eğitiminin doğum korkusu, doğum ağrısı, doğum memnuniyeti ve doğum sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, girişim grubunda yer alan gebelere (28-32. gebelik haftaları arasında olan) ve eşlerine gruplar halinde, dört hafta boyunca haftada üç saat seans uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, girişim grubunda yer alan gebelerin doğum korku düzeylerinin ve doğum sırasında hissedilen ağrı şiddetinin kontrol grubuna göre önemli derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca girişim grubunda yer alan gebelerin doğum sürelerinin daha kısa olduğu, vajinal doğum oranlarının ve doğumdan memnuniyetin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Calpbinici ve Özçirpan (2022) motivasyonel görüşme yönteminin doğum korkusu, doğumda öz yeterlilik ve doğum şekli üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, 24-28. gebelik haftaları arasındaki primipar gebelere dört oturum motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı eğitim uygulamıştır. Araştırma sonucunda motivasyonel görüşme tekniğinin doğum korku düzeyini azalttığı, doğumda öz yeterliliği arttırdığı, doğum şekli üzerine etkisinin bulunmadığını belirlemiştir. Doğum korkusu ile baş etmede kullanılabilecek güncel yöntemlerden biri de çözüm odaklı yaklaşımdır (Sharifzadeh ve ark., 2018; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022).

2.3. Çözüm Odaklı Yaklaşım

Çözüm odaklı yaklaşım, 1970' li yıllarda Amerika' da Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ve ekibi tarafından geliştirilen terapötik bir danışmanlık yöntemidir (De Shazer ve Kim Berg, 1997). Bu yaklaşım yönteminin gelişimi; kuramsal gelişim, klinik uygulama ve deneysel çalışmalara dayanmaktadır. De Shazer ve ekibi; Ruhsal Araştırma Enstitüsü' nde ve Kısa Süreli Aile Terapi Merkezi' nde yürütülen çalışmalardan ve Milton H. Erickson'ın düşüncelerinden etkilenecek çözüm odaklı yaklaşımın temellerini atmıştır (Doğan, 1999). Kısa süreli terapi uygulamasının lideri olarak kabul edilen Milton H. Erickson, çözüm odaklı yaklaşımın gelişmesine büyük katkı sağlamıştır. Milton H. Erickson' ın aile terapi uygulamaları ile başlayan çözüm odaklı yaklaşım, zaman içinde sorun yerine çözüme odaklanması nedeniyle sorun odaklı aile terapisi hareketinden ayrılmıştır (De Shazer ve ark., 1986; Doğan, 1999). De Shazer ve ekibi bu yaklaşım yöntemini geliştirirken, Erickson' ın, “her birey kendi sorunlarını çözebilecek yetenek ve kaynaklara sahiptir” düşüncesini temel almıştır. Erickson yaklaşımında; zamanı etkin ve ekonomik kullanmanın, bireyde ki küçük değişimlere ve bireye yarar sağlayan davranışlara odaklanmanın, geçmişe değil, geleceğe odaklanmanın ve etkili bir terapi uygulamasının bireyde kısa sürede anlamlı değişiklikler oluşturacağına dikkat çekmiştir (Burns, 2005; Bannink, 2010).

Çözüm odaklı yaklaşım, bireylerin yaşadığı problemlere odaklanmadan, yaşamlarında olumlu giden şeylerin belirlenmesi ve o alanların genişletilmesi üzerine odaklanmaktadır. Kısa süreli ve terapötik işbirliğine dayanan bu yaklaşım yöntemi, bireyleri sadece olumluya yönlendirmekte ve her bireyin sahip olduğu kaynaklar ile çözüm yollarını düşünerek sorunlarını çözebileceğini savunmaktadır (MacDonald, 2007; Akgül Gündoğdu ve ark., 2016; Ateş, 2018; Dölek ve Kunter, 2019; Yağcı ve Duyan, 2020). Bu sayede birey yaşadığı sorunun çözümünde sorumluluk üstlenmekte ve değişim konusunda daha istekli ve azimli davranmaktadır (Sparrer, 2012; Sklare, 2018). Bu postmodern yaklaşım yöntemi, sorunun geçmişi ve nedeni ile ilgilenmez, problemi ortadan kaldırmaya çalışmaz. Sorunlara odaklanmak ve sorunların temeline inmek yerine, çözümün kendisi üzerine odaklanarak, bireyin geçmişteki başarıları ve olumlu olan deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır (Doğan, 1999; Sparrer, 2012; Sklare, 2018). De Shazer, bireyin yaşadığı sorunları kapı kilidine benzetmiştir. Kilidin incelenmesinin kapının açılmasını sağlamayacağını, ancak kilidi açabilecek bir anahtar bulmanın bireyi çözüme daha başarılı bir şekilde ulaştıracağını belirtmiştir (De Shazer ve ark., 1986). Bu yaklaşım yöntemine göre birey, yaşadığı sorunla hayatının bir döneminde daha önce karşılaşmıştır ve başa çıkmayı başarmıştır. Aslında güç ve yetenek bireyde vardır (Sklare, 2018; Dölek ve Kunter, 2019). De Shazer bireyde olumlu ve

kalıcı bir değişim sağlanabilmesi için, güçlü ve yeterli olduğu yönlerine odaklanılmasını, geçmişte ve şimdi yaşadığı sorunlara odaklanmak yerine, bireyin sahip olduğu kaynaklara ve geleceğe odaklanılması gerektiğini vurgulamaktadır (De Shazer ve ark., 1986). Çözüm odaklı yaklaşım bireyin kendisi ile ilgili istisnai durumları, güçlü olduğu yönleri ve var olan kaynaklarını fark etmesini sağlamakta ve bireyin bu farkındalığı yaşam tarzı haline getirmesi için bir yol haritası oluşturmasına yardım etmektedir (Sparrer, 2012; Sklare, 2018).

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde görüşmeler bir ile yirmi arasında değişebilmekte ve ortalama altı görüşme yapılması önerilmektedir. Oturum sıklığı ve süresi birey ve danışman arasında belirlenebilmektedir (Doğan, 1999). Bireye alternatif düşünme ve davranışa dönüştürme konusunda yardımcı olan bu yöntem hem bireysel hem de grup görüşmelerinde kullanılabilir. Bu postmodern ve hümanistik yaklaşım yönteminde, “gerçekliği dil yaratır” bakış açısından hareketle dili değiştirmenin ve pozitif dil kullanmanın öneminden bahsedilmektedir (MacDonald, 2007; Sklare, 2018).

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde görüşmeler sırasında çeşitli teknikler kullanılmaktadır. İlk görüşmenin amacı, birey ile tanışmak, süreç ile ilgili bilgilendirme yapmak ve güven duygusunun oluşmasını sağlamaktır. Ayrıca ilk görüşmede, bireyin güç ve yeteneklerini keşfretmek amacıyla geçmişte yaşadığı istisnai durumları açığa çıkarmaya yönelik sorular sorulmaktadır. İstisnai durumların tanımlanması ve güçlendirilmesi ile sorunun etkin şekilde çözümü sağlanabilmektedir (De Shazer, 2007). Daha sonra bireyin pozitif amaçlar oluşturması beklenmektedir. Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde, mucize sorular, yardım eli tekniği, sihirli küre, derecelendirme soruları, geleceğe mektup yazdırma gibi teknikler ilk görüşmeden itibaren kullanılabilir. İlk oturumdan itibaren birey amacına yönelik cesaretlendirilir ve zihin haritası, övgüde bulunma, güçlendirme, yeniden çerçeveleme, amigoluk ve ev ödevleri teknikleri kullanılarak bireyin çözüme ulaşması sağlanmaktadır (Corcoran, 2002; Sklare, 2018; Dölek ve Kunter, 2019). Soruna odaklanmaktan çok, çözüm üretmeyi hedefleyen bu yaklaşım yöntemi, bireyin sorunlarını detaylı olarak irdeleyen geleneksel yaklaşım yöntemlerinden bu yönüyle ayrılmaktadır. Bireylerde kısa sürede, hızlı terapötik değişim sağlayan ve maliyet açısından etkin olan bu yöntem mevcut sağlık yaklaşımlarına uygun olarak daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır (Rothwell, 2005).

2.3.1. Çözüm odaklı yaklaşımın temel felsefesi

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminin etkili kullanılabilmesi için De Shazer (1987) ve Berg Miller (1992) tarafından üç temel felsefe belirlenmiştir. Bunlar;

Bozulmamışsa tamir etme: Çözüm odaklı yaklaşımın en temel ilkesi olarak kabul edilmektedir. Diğer ilkeleri de kapsayan bu ilke çözüme ulaşmayı hızlandıran en önemli ilkedir. Bu ilkeye göre bireyin yaşamında sorun oluşturmamayan durumlar ele alınmaz. Birey herhangi bir durumu sorun olarak değerlendirmiyorsa o problemi çözmüştür. Çözülen sorunu tekrar ele almak gereksizdir (De Shazer 1987; Burns, 2005; Connie ve Metcalf, 2009; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

İşe yarayan çözüm yollarını keşfet ve daha çok uygula: Birey ile yapılan görüşmede yaşadığı soruna benzer bir sorun yaşayıp yaşamadığı, yaşadıysa sorunla nasıl başa çıktığı değerlendirilir. Daha önce kullandığı çözüm yollarını şimdi ki sorununda da kullanıp kullanamayacağı tartışılır. Birey daha önce kullandığı çözüm yollarının işe yaramadığını ifade ederse farklı yollar denenir. Bireyin farklı sorunlar karşısında başarılı olduğu alanlar belirlenir ve başarıya götüren eylemleri tekrarlama için teşvik edilir, desteklenir (De Shazer 1987; Burns, 2005; Connie ve Metcalf, 2009; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Eğer işe yaramıyorsa tekrar denemeyin, farklı çözüm yolları deneyin: Bireye yaşadığı sorunun çözümünde uygulanan bir teknik işe yaramadıysa, etkili olmadıysa veya birey kullanılan tekniği benimsemediyse daha sonra yapılan görüşmelerde aynı teknik tekrarlanmamalıdır. Eğer birey sorunun gerçekten çözülmesini istiyorsa, işe yaramayan teknikleri tekrar etmek yerine, çözüme ulaştıracak farklı yollar denemelidir (De Shazer 1987; Burns, 2005; Connie ve Metcalf, 2009; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

2.3.2. Çözüm odaklı yaklaşımın ilkeleri

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde, sorunların çözümünde etkili olduğu bilinen ilkeler şunlardır:

Görüşmelerin odağı sorun değil, çözümdür: Çözüm odaklı yaklaşım sorunu analiz etmenin ve onu ortaya çıkaran tüm nedenleri bulmanın sorunun tanımlanmasını sağlayacağı ama çözümü tanımlamayacağı anlayışıyla sorun çözme yerine çözüm oluşturma üzerine kuruludur. Terapötik odaklanma, geçmiş sorunlar veya mevcut çatışmalar üzerinde değil, danışanın olmasını istediği gelecek üzerindedir. Sorunlar yerine çözümlere odaklanmak danışanın arzuladığı geleceğe ulaşmasının yolunu açar. Sorunları metro biletine benzeten De Shazer' a göre, sorunlar bireyin turnikeden geçmesine yardım eder ancak hangi trene bineceğini veya nerede ineceğini belirlemez. Danışanın gitmek istediği yeri belirleyen, hareket noktası değil, arzuladığı hedeftir. Bu bakış açısıyla, çözüm odaklı yaklaşım süreci, birey ile birlikte

belirlenen hedefe doğru yapılan yolculuktur. Belirli bir varış noktasına doğru yapılan yolculuk, nereye gideceğini bilmeden amaçsızca dolaşmaktan çok daha fazla zaman tasarrufu sağlar (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm sorunla doğrudan ilgili değildir: Çözüm odaklı yaklaşım, sorun ve çözüm arasında mantıksal bir ilişki aranmasının gerekmediği görüşünü savunur. Bir sorunun nedenini anlamaya çalışmak, çözüme yönelik gerekli ve yararlı bir adım değildir. Sorunu ve nedenini anlamaya çalışmak bireyin geçmişte yaşadığı olayları tekrar yaşamasına yol açarak bireyi sorunun içinde tutar. Bu durum olumsuz duygu ve düşüncelerin artmasına neden olur. Görüşmelerde birey ile birlikte bireyin istediği çözüme ilişkin deneyimlerin geçmişte zaten var olduğu veya gelecekte potansiyel olarak var olabileceği zamanları, yani istisnaları belirlemek için danışanın gerçek yaşam deneyimlerini dikkatli ve kapsamlı bir şekilde araştırır. Bireyin geçmişe dönüp başlangıç yapamayacağını fakat şimdi yeniden başlayıp yeni bir gelecek yaratabileceğini vurgular (Connie ve Metcalf, 2009; Walsh 2010; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm dilini kullanmak: Çözüm için kullanılan dil ile sorunu tanımlamak için kullanılan dil farklıdır. Çözüm dili, neyin yanlış olduğunu araştırmak yerine, istenen şeyin ne olduğunun belirlenmesini amaçlar. Sorun dili negatiftir. Çözüm dili ise olumlu, içten, gelecek odaklı ve umut verici olmalıdır. Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde, çözüm dilinin kullanılması, sorunların tartışılmasına izin verilmediği anlamına gelmez. Birey sorun yaşadığı duygu ya da davranışı ifade ettiğinde, “Bu duygu/düşünce/davranışın nasıl farklı olmasını isterdiniz?” sorusu yöneltilerek sorun ve çözüm arasında köprü kurulması sağlanır. Çözüm dilini kullanmak için görüşmelerde bireyin güçlü yönleri, kaynakları ve hedeflerine odaklanan sorular sorulmalıdır (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Bireyin sahip olduğu kaynakları ve güçlü yanları vardır: Çözüm odaklı yaklaşım, her bireyin yapılması gerekenleri ve elde edilmesi istenen sonuçları destekleyen ve bunlara hizmet eden kişisel kaynakları ve ilişkileri olduğunu kabul eder. Bu nedenle bireyin güçlü yönlerini belirlemeye, geliştirmeye ve yaşamlarında göstermiş oldukları başarıları ve yetkinlikleri arttırmaya odaklanır. Görüşmelerde bireyin sahip olduğu çözüm davranışlarını keşfederek, becerilerine ve kaynaklarına erişerek onları mevcut sorununun çözümünü üretmede kullanmasına yardımcı olur. Değişim, danışan şu anda yaptıklarından farklı bir şey yaptığında meydana gelir. Bu da geçmişte işe yaramış ve zaten bireyde mevcut olan bir

şeydir. Danışman, bireyin gelecekte görmek istediği değişiklikleri gerçekleştirmek için var olan yeteneklerini aramalarına ve keşfetmelerine yardım eder (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Küçük değişimler, büyük değişimlerin olmasına yol açar: Bireyin yaşamındaki küçük değişiklikler daha kolay ve daha hızlı çözümler üretilmesini sağlar. Bu çözümlerin toplamı ise daha etkili büyük değişimler oluşturur. Birey yaşamındaki küçük değişimlerin ne kadar çok farkında olursa, daha fazla değişiklik için harekete geçecektir. Çözüm odaklı yaklaşım minimalist ve sistematik bir yaklaşımdır. Küçük değişimler bireyin sorun hakkında düşünüp durmak yerine hedeflerine doğru ilerlemesine yardımcı olarak, büyük değişimlerin oluşmasını sağlar. Bireyin yaşadığı küçük değişimleri fark etmesi sağlanırsa motivasyonu artar. Bunun için görüşmelerde diğer insanların onda ki değişimi nasıl fark edeceğine yönelik sorular yöneltilerek bireyin günlük yaşamındaki küçük değişimlerin yarattığı farkları görmesi sağlanır (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Değişim sürekli ve kaçınılmazdır: Çözüm odaklı yaklaşım, “yaşam sürekli değişiyor ve biz hep değişiyoruz” öğretisini temel almıştır. Bu bakış açısına göre, yaşamdaki istikrarın bir yanılsama olduğu ve bireyin görüşmede paylaştığı şikayetlerin devam etmesinin olası olmadığı anlayışı benimsenir. De Shazer, şikayetleri, “şikayetin kendisinden farklı olarak, bireyin algısından türetilen davranışlar” olarak tanımlamıştır. Görüşmelerde bireyin algısında değişiklik yapılarak yeni algıyı temel alan yeni davranışlarla şikayetlerine çözüm getirmeye yardımcı olunur. Aslında birey, görüşmelere sorun modellerinin yanı sıra çözüm modellerini de getirir ve değişim, zaten yapmış ya da yapmakta oldukları bu çözümlere dayanır (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Danışanlar kendi yaşamlarının uzmanları olarak görüşmenin hedefini belirler: Çözüm odaklı yaklaşım, bireylerin kendi yaşamlarında karşılaştıkları sorunlara veya zorluklara rağmen nasıl devam ettiklerine odaklanan bir bakış açısına sahiptir. Danışanlar yaşamlarındaki zorlukların ne anlama geldiğini değişikliklerin sonuçlarını bilen kişiler olarak kendi yaşamlarının uzmanıdır. Bu nedenle öncelikli olarak önemli olan danışmanın müdahale becerileri değil, danışanın kendine özgü bilgeliği ve çözüm geliştirme kapasitesidir. Birey görüşmelerde ifade ettiği sorunların yerinde olmasını istediği şeyleri, danışmanın yardımıyla fark eder ancak görüşmenin hedefini ve ona ulaşma yolunu belirleyen bireyin kendisidir. Bireylerin kendi buldukları çözümlere yatırım yapma ve yaşamlarını iyileştirmek için harekete geçme olasılıkları daha yüksektir. Danışan bireyler hangi çözümlerin mümkün ve

faydalı olabileceğine karar verdiklerinde daha mutlu ve tatmin oldukları yaşam sürerler (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Sorunun olmadığı ya da etkisinin az olduğu istisnai durumlar vardır: Çözüm odaklı yaklaşım modelinin temel varsayımı, her sorunun bir istisnası olduğu, eğer yoksa ortada bir sorun değil, kabul edilmesi gereken bir gerçeklik olduğudur. İstisnalar, danışman ve birey tarafından çözümleri birlikte inşa etmek amacıyla kullanılan yapı taşlarıdır. Bireyin sorunlarının istisnalarına yani sorunun hiç olmadığı ya da etkisinin az olduğu zamanlara dikkat çekmek, sorunlarının çözümlerinin parçalarının bireyin kendisinde ve yaşamında zaten var olduğunu görmesine yardımcı olur. Böylece hali hazırda var olan çözüm parçalarını genişleterek ya da birleştirerek sorunun çözülmesi mümkün olur. İstisnaların etkili olabilmesi için birey tarafından fark edilmesi ve onun için önemli olması gerekir. Çünkü genellikle istisnalar fark edilmedikleri için göz ardı edilir. Diğer bir deyişle, çoğu birey istisnaları fark yaratan farklılıklar olarak görmez ve yalnızca sorunlara odaklanarak onların sürekli olduğunu düşünür. Görüşmelerde danışman, bireyin bir şeylerin farklı olduğu ve çözümlerin ortaya çıktığı zamanları fark etmesine yardımcı olarak işe yarayan şeyleri daha fazla yapmasını teşvik eder (Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Gelecek yaratılabilir, müzakere edilebilir ve değiştirilebilir: Çözüm odaklı sorular genellikle şimdiki zamana ve geleceğe odaklanır. Bunun nedeni geçmiş hataları, başarısızlıkları ve travmaları vurgulamak yerine çözümlere odaklanmanın geçmiş olaylara odaklanmaktan ya da sorunun kökeninin ne olabileceğini tahmin etmekten çok daha verimli ve güçlendirici olduğu temel inancıdır. Her bireyin gerçekliği çevresiyle olan ilişkileri ve etkileşimleriyle oluşur. Bu nedenle birey ile terapötik ilişki ve etkileşim yoluyla yeni bir gerçeklik ortaya konabileceği için gerçeklik yaratılabilir, müzakere edilebilir ve değiştirilebilir. Birey kendi kaderinin mimarı olarak geleceğini inşa edebilir (Burns, 2005; Connie ve Metcalf, 2009; Bannink, 2010; Walsh, 2010; Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

2.3.3. Çözüm odaklı yaklaşımın varsayımları

Herhangi bir danışmanlık yönteminin temel felsefesi, yöntemin özümsemesi için temel varsayımların olması gerekliliğidir. Danışmanın varsayımlara bağlı kalması doğru yolda ilerlemesini sağlar (Sklare, 2018). Çözüm odaklı yaklaşım yönteminin temel varsayımı; danışanların kendileri için neyin iyi olduğunu bilmeleridir (De Shazer, 1987). Çözüm odaklı yaklaşım yöntemini benimseyen uygulamacılar, yöntemle özgü varsayımları kendi tarzlarında

ifade etmişlerdir. Walter ve Peller (1992) tarafından ifade edilen varsayımlar şunlardır; (Akt: Sklare, 2018).

- Bireyin başarılı olduğu durumlara odaklanmak olumlu değişimlere neden olur. Hatalar, eksikler veya sorunlara odaklanmak yerine, bireyin hayatında yolunda giden durumlara odaklanılmalıdır. Sorunu konuşmak yerine çözümün konuşulması süreci kısaltır ve kolaylaştırır.
- Bireyin yaşadığı her sorunda, bu sorunun yaşanmadığı istisnai zamanlar vardır. Bireyler bazen yaşadıkları sorunlara o kadar odaklanırlar ki istisnai durumları fark edemezler. Danışman, bireyin istisnai durumlarının ne zaman, nerede ve nasıl meydana geldiği ile ilgili ipuçlarını dikkatle dinlemelidir.
- Küçük değişiklikler, kartopu etkisiyle bireyde büyük değişimler yaratır.
- Danışanlar değişimi yaşamak isterler ve bunun için çaba gösterirler.
- Her birey kendi problemlerini çözebilecek güce ve potansiyele sahiptir. Bireyin güçlü yanlarının keşfedilmesi ve sahip olduğu gücü nasıl kullanacağı konusunda yönlendirilmesi değişim sürecinin daha hızlı gerçekleşmesini sağlar.
- Danışanın ölçülebilir ve pozitif bir amaç belirlemesi sağlanmalıdır.
- Çözüme ulaşmak için sorunun kaynağını araştırmaya, sorun hakkında detaylı bilgi sahibi olmaya gerek yoktur.

George, Iveson ve Ratner çözüm odaklı yaklaşımın varsayımlarını şu şekilde özetlemiştir (Akt: Lethem, 2002).

- Bireyin yaşadığı sorunun sebebinin anlaşılması çözüm için gerekli değildir.
- Danışanın nereye ulaşmak istediğini bilmesi, danışmanlık sürecinin başarıya ulaşmasını sağlar.
- Sorun sabit görünse dahi, danışanların daima bazı çözüm yolları geliştirdikleri zamanlar vardır.
- Bireyin yaşadığı sorunlar, patolojik bir durum veya bozukluk olduğu anlamına gelmez.
- Bazen küçük bir değişiklik, problemlerin çözüme kavuşmasını sağlamaya yeter.
- Danışman, görüşmelerde danışan ile işbirliği yapmanın yollarını keşfetmelidir.

2.3.4. Çözüm odaklı yaklaşımın aşamaları ve teknikleri

Çözüm odaklı yaklaşım, danışanların sadece çözüme yönelik bakış açısı kazanmasını değil, aynı zamanda davranışlarında da değişiklik olmasını amaçlar. Etkili bir terapötik başarı sağlayabilmek için çözüm oluşturma sürecinde danışanların hem düşüncelerinin hem de davranışlarının değişmesi gerekir. Bu nedenle danışman çözüm geliştirme sürecinde, güçlü

yönleri belirlemeli, istisnaları ortaya çıkarmalı ve hedefleri açıklığa kavuşturmalıdır. Yaklaşımın temel değişim felsefesini oluşturan ve çözüm oluşturma sürecinde kullanılan teknikler aşağıda yer almaktadır (Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm odaklı dilin kullanılması/dili değiştirme: Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde dil, birincil müdahale aracı olduğundan dilin kullanımı özel olarak önemlidir. Steve de Shazer ve Insoo Kim Berg çözüm odaklı konuşmayı ayrı bir dil olarak görmüşlerdir. De Shazer görüşmelerde dilin önemini “*sözcükler sihirdir ve sadece konuşmak dünyayı değiştirebilir*” diyerek vurgulamıştır. Sorun odaklı yaklaşımlarda kullanılan geçmişe dayalı, patolojiyi vurgulayan olumsuz dilin aksine çözüm odaklı yaklaşımda geleceğe yönelik, çözümlere odaklanan, umutlu, iyimser ve olumlu bir dil kullanılır. Görüşmelerde danışman çok gerekmedikçe geçmiş zaman kullanmaz. (*Ne yaptınız*) Bunun yerine şimdiki zamanı ya da gelecek zamanı kullanır. (*Ne yapıyorsunuz?, Ne yapacaksınız?*). “*Sorun*” ve “*problem*” sözcüklerinin yerine “*şikayet*” ve “*zorluk*” gibi sözcükleri kullanır (Yağcı ve Duyan, 2020).

Dil, çözüm odaklı yaklaşım yönteminde değişim teorisinin ayrılmaz bir bileşenidir ve danışanların olumsuz algılarını olumlu olanlarla değiştirmeye yardımcı olmak için temel araç olarak kullanılır. Danışanlar sorunlarını konuşma ve yaşamlarının olumsuz yönlerine odaklanma eğilimindedir. Bu eğilimleri, onların sahip olabilecekleri çözüm yollarını görmelerine engel olur. Sorunların tanı ve tedavisine odaklanmak yerine danışanların nasıl değiştiğine odaklanan çözüm odaklı yaklaşım değişim dilini kullanır (Sklare, 2018; Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020). Çözüm odaklı görüşmelerde dilin kullanımı, danışmanın danışanın sözcüklerini ve anlamlarını dinlediği ve bunları formüle ederek sorular sorduğu terapötik bir süreç oluşturmayı amaçlar. Danışman, danışanın verdiği yanıtları dinlemeye ve anlamaya devam ederek bir sonra ki soruyu formüle eder. Bu sürekli dinleme, özümseme ve bağlantı kurma döngüsü sayesinde danışanla birlikte çözümlere yönelik yeni anlamları bir araya getirir. Danışanın yetkinliğini ve uzmanlığını kabul eden soruların sorulduğu, daha tatmin edici bir yaşam yaratma sürecinde kendini keşfetmesine ve çözümlerini inşa etmesine olanak tanıdığı bir ortam yaratır. Danışman danışanla birlikte yeni anlamlar oluşturma amacına dilin gücünü kullanarak ulaşabilir. Çözüm odaklı soruları, danışanın güçlü yönlerine ve sahip olduğu kaynaklara odaklanarak ve danışanın değişme potansiyelini dikkate alarak sorar. Olumlu, çözüme ve geleceğe odaklı, her soruna istisnalar arayan, değişimin her zaman olduğunu anlatan anlam ve deneyimin etkileşimini vurgulayan bir dil kullanır (Ateş, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020). Danışman sorunlar hakkında konuşmadan danışanı hedef ve çözümler hakkında konuşmaya teşvik eder. Danışan sorun odaklı konuşmada ısrarcı olursa, danışman danışanın sorun odaklı ifadelerine dikkat ederek sözlü ya da sözsüz bir onay ya da

karşılık vermez. Bunun yerine istenen davranışa yönelik sorular sorar ya da danışanın güçlü yönlerine övgüler yaparak çözüm konuşması için olumlu pekiştireç sağlar (Yağcı ve Duyan, 2020).

İlk görüşme sürecinin başlatılması: Çözüm odaklı yaklaşımda ilk görüşmenin başlatılması sürecin açıklanması ile başlar. Selamlama ve kısa bir tanışmanın ardından danışman, danışanın olumlu, güzel özellikleri ve niteliklerini sorgular daha sonra çözüm odaklı yaklaşım yönteminin amacından ve tekniklerinden bahseder (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020). Walter ve Peller (1992) tanışmadan sonra danışana “buraya gelme amacınız nedir?” sorusunun sorulmasını önerir. “Hayatınızda ne olursa artık beni görmenize gerek kalmayacak?” sorularına yer verilmelidir. Danışanların kendilerini açabilmeleri için sorunlarını anlatmalarına kısa süreliğine izin verilebilir. Bu aşamada danışman, sorunu çözmeye çalışmadan yalnızca danışanı dinlemelidir. Bu sürecin en zorlu kısmıdır (Akgül Gündoğdu ve ark., 2016; Sklare, 2018). Çözüm odaklı yaklaşımda amaç, olumlu değişim yaratmaktır. Bunun için danışana etkili sorular yöneltilir. Bu sorular danışanın motivasyon ve öz yeterliliğini arttırarak danışanın hedefine yaklaşmasına yardımcı olur (Grant, 2012).

İlk görüşme öncesi değişim (Oturum öncesi değişim): Çözüm odaklı yaklaşım yöntemine göre, değişim ilk görüşmeye başlamadan önce danışan ile danışman ilk defa iletişim kurduğu zaman başlar. Bu teknik, danışan ile danışmanın ilk defa iletişime geçtikleri zaman ile birinci görüşme için sözleştikleri zaman arasındaki değişimi belirlemek amacıyla kullanılır. Bu tekniği kullanmanın amacı, danışanın değişime odaklanmasını sağlamaktır. Görüşmenin başında danışman, danışana “Bu görüşme için randevu aldığınızdan bu yana ne gibi değişiklikler olduğunu fark ettiniz?” sorusunu yöneltir (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020). Bu sorunun üç olası yanıtı vardır. İlk olarak danışan hiçbir şey olmadığını ifade edebilir. Böyle bir durumda danışman “bugün burada size yararlı olabilmesi için ne olması gerekir?” sorusunu yöneltir. İkinci olası yanıt danışanın bazı şeylerin değişmeye başladığını ifade etmesidir. Bu durumda danışman sorular yönelterek çözüm konuşması sürecini başlatır. Bu sırada danışanın güçlü yönlerine ve başarılarını vurgulayan övgüler yapar. “Bu değişikliklerin bu yönde devam etmesi için ne yapmak istersiniz?” sorusunu sorarak somut, olumlu ve değişime yönelik bir hedefin başlangıcını belirler. Üçüncü olası yanıt danışanın her şeyin aynı olduğunu ifade etmesidir. Danışman, “durumun daha kötüye gitmemesini sağlamayı nasıl başardınız?” sorusunu yönelterek danışanın önceki çözümleri ve istisnaları hakkında bilgi edinmeye çalışarak çözüm konuşması sürecini başlatır (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Amaç belirlemek: Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde, bireylerin baş etmeye çalıştığı sorunlara yönelik kendi çözüm yollarını belirlemelerini sağlamak için ilk oturumda amaç belirlemek oldukça önemlidir. Hedef belirlenmesi, danışanın davranışlarına anlam, yön ve amaç sağlayarak harekete geçmesini sağlar. Amaç, danışan tarafından dile getirildiğinde onun için umut ve motivasyon kaynağı olarak işlev görür. Bu durum danışanın yaşam memnuniyetinin ve kişisel uyumunun artmasına katkı sağlar. Bu nedenle açık, somut, spesifik, ölçülebilir ve olumlu bir amacın danışan tarafından belirlenmesi önemlidir. Çözüm odaklı yaklaşım yöntemi danışan merkezli bir yöntem olduğu için, danışanın danışmanlık sürecinde ne elde etmek istediğini sürecin en başında keşfetmesi, başarıyı belirleyen en kritik noktadır. Bunu yaparken danışmanın dikkat etmesi gereken en önemli nokta “Sorununuz nedir?” “Sizi buraya getiren sorununuzdan bahseder misiniz?” gibi sorularla sorun yaratmaktan kaçınmalıdır. Çünkü bu sorular danışanı ortada gerçek bir sorun olduğu konusunda onaylar ve sorun odaklı konuşmaya yönlendirir (Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Danışan terapiye gelme amacını “...yapmamak, düşünmemek, kurtulmak, vazgeçmek” gibi olumsuz anlatımlarla soruna gönderme yaparak ifade etmesi durumunda, danışman “Sizi buraya getiren şikayetler ortadan kalktığında yaşamınızda nelerin değişeceğini, nelerin daha iyi olacağını düşünüyorsunuz?” sorularını yönelterek danışanı çözüm konuşmasına yönlendirir. Danışan tarafından dile getirilen büyük ve zor ulaşılabilir hedefler, danışman tarafından mümkün olduğunca küçük hedefler olarak tanımlanmalıdır (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde, sorunu çözmek için sorunun ne olduğunu bilmenin gerekli olmadığı ilkesine uygun olarak doğrudan sorunun ne olduğunu sormadan danışanı çözüm konuşmasına yöneltmek ve hedef belirleme çerçevesini oluşturmaya başlamak için “*Bugün sizi buraya getiren nedir? Buraya gelme nedeninizi anlatabilir misiniz?*” gibi sorular yöneltilir. Bu sorularla başlamak danışan ve danışmanın birlikte sorunu tanımlamasını ve çözüm üretmeye başlamasını sağlar (Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan, 2020). De Shazer ve Berg, iyi yapılandırılmış hedeflerin; danışan için anlamlı ve önemli olduğunu, küçük, gerçekleştirilir ve ulaşılabilir olması, belirli ve somut davranışlarla tanımlanabilir olması ve danışana yeni davranışlar kazandırması gerektiğini ifade etmiştir (De Shazer ve ark., 1986).

- **Olumlu amaçlar:** Pozitif amaçlar, danışanın başarmak istediği hedefi somut olarak

betimlemesini sağlayan ölçülebilir ve gözlenebilir davranışların ifadesi için kullanılır. Diğer tüm amaçlar çeşitli çözüm odaklı yaklaşım teknikleri kullanılarak (yeniden çerçeveleme, olumlama) olumlu amaçlara çevrilebilir (Sklare, 2018; Sklare, 2020).

- **Olumsuz amaçlar:** Negatif amaçlar, danışan tarafından genellikle iki şekilde ifade edilebilir. Danışanın kendi kendine bazı şeyleri sonlandırmak istemesi şeklinde (örneğin; *kontrolümü kaybetmek istemiyorum*) ve başkalarının bazı şeylere son vermelerini isteme şeklinde (örneğin; *babamın arkadaş seçimime karışmasını istemiyorum*) olabilir. Negatif amaçlar, pozitif amaçlara dönüştürülebilir. Danışman danışana “Bunun yerine”, “Eğer yapmasaydın, ne yapıyor olurdun?” gibi ifadeler kullanarak negatif amaçları pozitif amaca dönüştürebilir (Sklare, 2018). Danışman danışana, örneğin: kontrolünü kaybetmek yerine ne yapıyor olurdun? sorusunu yönelttiğinde danışan sakın kalabileceğini ifade edebilir. Bu durumda danışanın negatif amacının pozitif amaca dönüşmesi sağlanacaktır (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).
- **Zarar verici amaçlar:** Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde danışmanın amaçlarına değil, danışanın amaçlarına vurgu yapılır. Bazen danışanlar kendilerine zarar veren veya kendileri için önemli olan şeylerden vazgeçmek için yıkıcı amaçlar belirleyebilir. Böyle bir durumda danışman danışana, çözüm geliştirmeye yönelik sorular yönelterek sağlıklı ve pozitif amaçlar belirlemesini sağlamalıdır (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).
- **Bilmiyorum amaçları:** Danışmaya başkalarının isteği ve ısrarı üzerine gelen danışanların amaçları sorulduğunda bilmiyorum yanıtını verebilirler. Danışman böyle bir durumda *..Eğer biliyor olsaydın...Tut ki biliyorsun... Farzet ki senin kontrolünde...* şeklindeki yönlendirmelerle amaç belirlenmeye çalışılır (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Mucize soru: Çözüm odaklı yaklaşım yöntemiyle özdeşleşmiş bir teknik olan mucize sorusunun ortaya çıkışına Berg’ in, kendisini tüm yaşamı alt üst olmuş biri olarak tarif eden danışana, yaşamında ne olmasını istediğini sorduğunda aldığı, “çok fazla sorunum var. Sadece bir mucize işe yarar” yanıtı ilham olmuştur. Berg, danışana “Tamam bir mucize olduğunu ve sizi buraya getiren sorunun çözüldüğünü varsayalım. Yaşamınızda ki fark ne olur?” sorusunu sorarak gözlemlediği ilerleme sonucunda mucize sorusunu formüle etmiş ve bu soruyu tüm danışanlarına yöneltmeye başlamıştır. Böylece mucize soru, çözüm odaklı yaklaşım yönteminin vazgeçilmez bir unsuru haline gelmiştir. Mucize soru, danışanın mücadeleleri, özlemleri, hayalleri, hedefleri, kaynakları, güçlü yanları, kırgınlıkları, umutları ve ilişkileri ile ilgili sözlü ve sözsüz olarak verdiği her türlü açık veya örtük bilgiyi almak için

kullandığı bir terapötik araçtır. Danışman, mucize soruyu yöneltirken ve danışanın yanıtını dinlerken yorum yapmaktan ve öneride bulunmaktan kaçınmalıdır. Mucize soru, hem danışmanın hem de danışanın düşünce biçiminde değişiklik yapmasını sağlar (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Danışan ile danışman arasında bir mucizenin gerçekleştiğini ve danışanı terapiye getiren sorunun ortadan kalktığını gösteren işaretleri keşfetmek için danışanın günlük yaşamındaki dünyasında işbirliğine dayalı bir düşünce yolculuğu başlar. Mucizenin işaretlerinin sadece danışanın gerçek dünyasında bulunabilecek olması nedeniyle mucize sorusu bir gerçekliği arayış sorusu olarak düşünülebilir. Danışanın mucize soruya verdiği yanıtlar arzuladığı yaşamını gösteren bir resim oluşturmaya başlamasına yardımcı olur (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Mucize soruya ayrılan zaman önemlidir. Soru sorulduktan sonra yanıt geçirtilerak alınıp ayrıntılara inilmesine yetecek zaman ayrılmazsa danışan mucizenin gerçekleşmesinin önemli olmadığını düşünebilir. Temel amacı görüşmenin hedefini belirlemek olan mucize sorunun etkili kullanımı için soru doğru şekilde ifade edilmeli, sabırlı olunmalı, duraklamalar kullanılmalı, alınan yanıt doğrultusunda istisnalar aranmalı ve hedef oluşturulmalıdır (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Mucize sorunun özü aşağıdaki gibidir.

“Size oldukça tuhaf bir soru soracağım. (duraklama). Görüşmemiz tamamlandıktan sonra işe, okula, eve geri döneceksiniz ve günün geri kalanında çocuklarla ilgilenmek, yemek pişirmek, televizyon seyretmek gibi ihtiyacınız olan şeyleri yapacaksınız. Yatma zamanı gelecek evinizde ki herkes sessizleşecek. Huzur içinde uyuyacaksınız. Gece siz uyurken bir mucize olacak ve bugün sizi buraya getiren sorun çözülecek. Ancak bu mucize siz uyurken gerçekleştiği için bir mucize olduğunu ve sorunun çözüldüğünü bilmeyeceksiniz. (duraklama). Sabah uyandığınızda, size bir mucizenin olduğunu ve sorunun ortadan kalktığını gösteren ilk küçük işaret ne olur?”

Danışman mucize soru ile danışandan bir düşünce sıçraması yapmasını ve sorun çözüldüğünde yaşamının nasıl değişeceğini hayal etmesini ister. Mucize soru sorun odaklı düşünme biçiminden çözüm odaklı düşünme biçimine yönlendirme yaptığından bu soruyu yanıtlamak her danışan için kolay olmayabilir. Danışanlar mucize soruya farklı tepkiler verebilirler. Örneğin, şaşırabilirler, saçma bulabilirler, anlamadıklarını ifade edebilirler.

Düşünceleri için zaman verildiğinde, sorunları çözüldüğünde farklı olacak çok spesifik şeyler ortaya çıkarılır ve verdikleri yanıtlar danışanın hedef belirlemesine yardımcı olur. Danışman “sonra ne olur? ve daha başka?” sorularıyla mucize hakkında daha çok ayrıntının ortaya çıkmasına, hedefe ilişkin resmin netleşmesine ve daha canlı hale gelmesine yardımcı olur (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Mucize sorusu, danışanın sorunun olmadığı bir gelecek tasarlamasına ve sorun olmasaydı yaşamının nasıl farklı olacağını açıklamasına olanak verir. Böylece hemen değişime doğru atabileceği küçük, pratik adımları tanımlamasına yardımcı olur. Mevcut sorunun olmadığı bir senaryo hayal etmesine, danışanın davranışsal değişikliklerin mümkün olduğunu ve yaşamında değişiklik yaratmak için neler yapabileceğini görmesine fırsat tanır. Ayrıca danışanın daha küçük adımlarla daha gerçekçi ve somut hedefler belirlemesine yardımcı olur. Danışanı olumlu bir geleceğe odaklanmaya zorlayarak dikkatini mevcut ve geçmiş sorunlardan gelecekteki bir çözüme taşır (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Derecelendirme soruları: Danışman, danışanın hedeflerini belirlemek, güçlü yönlerini ve çözümlerini değerlendirmek, kendi gelişimini değerlendirmesini sağlamak, terapi sürecindeki ilerlemeyi ölçmek, ev ödevi olarak verilecek görevleri tasarlamak amacıyla derecelendirme sorularını kullanır. Derecelendirme soruları, danışanı çözümleri bir süreklilik içinde algılamaya yönlendirir. Danışandan, 1’ in en az istenen durumu, 10’ un en çok istenen durumu gösterdiği 1’ den 10’ a kadar bir ölçek olduğunu düşünmeleri istenir ve belirli bir konuda bu ölçekte kendisini nerede gördüğü sorulduktan sonra, bu ölçekte nerede olmak istediği sorulur (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Derecelendirme soruları, bir durumun danışanın yaşamı üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla kullanılan istisnaları, ilerlemeyi ve hedefleri bir araya getiren çok yönlü terapötik araçlardır. Bu sorular, benlik saygısı, özgüven, değişime yatırım, istenen değişiklikleri elde etme ve umutluluk algısını değerlendirmeye yardımcı olacak yararlı bilgiler elde etmek için kullanılır. Örneğin: “1’ den 10’ a kadar bir ölçekte, 1 ilişkinizin hiç iyi gitmediğini, 10 ise çok iyi gittiğini düşündüğünüz durumu gösteriyor. Bu ölçekte şimdi nerede olduğunuzu düşünüyorsunuz? Nerede olmak istiyorsunuz? Oraya ulaştığınızı nasıl anlarsınız? Bir adım daha yukarıda olduğunuzu nasıl anlarsınız?” gibi derecelendirme soruları, normalde ölçülemeyen bir parametre üzerinde bir ölçüm sağlayarak küçük adımlarla hedefe ulaşmak için iyileştirmeleri planlamaya olanak tanır. Sadeliği ve kolaylığıyla hem danışmana hem

danışanlara bakış açılarını değiştirmede büyük katkı sağlar (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Derecelendirme sorularını kullanmanın üç terapötik yararı vardır. İlki, her görüşmede değerlendirme aracı olarak ilerlemesini ölçmek için kullanılmasıdır. İkincisi, danışanın kendi yaptığı değerlendirmenin danışmanın yapacağı değerlendirmeden daha önemli olduğunu vurgulamasıdır. Üçüncüsü görüşmenin odağını önceki çözümlere ve istisnalara yönlendirerek gerçekleşen yeni değişimlerin belirlenmesine ve fark edilmesine yardımcı olmasıdır. Derecelendirme soruları, danışanın açıklayıcı olmasını gerektirir ve bu nedenle belirsiz duygusal içerikten uzaklaşarak somut durumlara odaklanmasına yardımcı olur. Bu odaklanma, danışanın istisnalar, ilerleme ve hedefler hakkında belirli bir bakış açısı kazanmasını ve genellikle başlangıçta olduğunu düşündüğünden daha iyi bir konumda olduğunu hissetmesini sağlayarak umut duygusunu artırır (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Danışan bir derecelendirme yaptığında örneğin; durumu 3 olarak değerlendirdiğinde danışman; “3 olduğunu size gösteren nedir?” sorusunu yönelterek danışanın tercih ettiği hedefleri ve sonuçları belirler. Danışman bu belirlemeyi danışana görüşmenin amaçlarına ulaşıldığını ya da başarılı olduğunu hissetmesi için ölçekte nerede olması gerektiğini sorarak yapar. Tercih edilen sonuçlar doğrultusunda ilerlemeyi temsil edecek küçük değişimleri vurgulamak için de “durumu 4 olarak hissettiğinizde ne farklı olur?” sorusunu sorar. Görüşmeler sırasında derecelendirme ölçeğinde durum daha iyi olabilir, aynı kalabilir ya da kötüleşebilir. Derecelendirme soruları, bu durumlardan hangisinin gerçekleştiğinin somutlaştırılmasını sağlar. Durum daha iyi olursa danışman, danışanın yaşamında neyin farklı ve daha iyi olduğu ve değişiklikleri nasıl yapabildiği konusunda sorular sorar ve övgülerle değişiklikleri onaylar. Durum aynı kalırsa ya da kötüleşirse danışana durumun daha da kötüleşmemesini sağlamayı nasıl başardığını sorar ve başa çıkma becerilerine övgüler yaparak değişimi destekler ve teşvik eder (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

İstisnai durumlara ilişkin sorular: Mucize sorusu ile ayrıntılı bir mucize resmi elde eden danışman, danışanın neyi başarmayı umduğunu anlar ve artık çözümlere yönelik çalışmaya başlayabilir. Bunun için öncelikle danışanın sorunun istisnalarını fark ederek çözüm aramasına yardımcı olmaya çalışır. Danışanlar genellikle sorunun olmadığı ya da daha az olduğu zamanları görmezler ve onlar için sorun her zaman mevcuttur. “Sorunun ortaya çıkmadığı veya daha az şiddetli olduğu zamanlar hangileriydi?” “Sizce bunun tekrar olma

olasılığı nedir?’’ Bu olasılığı arttırmak için neler yapabilirsiniz?’’ gibi istisna soruları, danışanlara durumun kendileri için farklı olduğu zamanları tanımlama fırsatı verir ve onları sorunlarının yaşamlarında çok önemli olmadığı zamanları düşünmeye yönlendirir. Bunun amacı istisna zamanlarında yaptıkları şeylere odaklanmalarını ve bu tür davranışları sürdürmeye çalışmalarını sağlamaktır (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Başa çıkma soruları: Başa çıkma soruları danışana yaşamında istediği değişiklikleri yapma gücüne sahip olduğu ve kendi yaşamını yönlendirme sorumluluğunu üstlenebileceği konusunda motivasyon sağlamakta ve kendi kendine iyileştirme sürecini kolaylaştırmaktadır. Danışman, danışanın önceki seanstan bu yana işlerin daha kötü olmasını nasıl engellediğini, bu durumla nasıl başa çıktığını ve daha iyi başa çıkma yollarının neler olabileceğini tanımlamasına yardımcı olmak için ‘‘*Durumun daha da kötüleşmesini önlemeyi nasıl başardınız?*’’ gibi başa çıkma sorularını yöneltir. Danışanın verdiği yanıtlar, sahip olduğu kaynaklar ve bunları kullanma becerileri hakkında ipuçları verir. Bir danışan görüşme sırasında ilerleme göstermediğinde veya umutsuzluk duygularını ifade ettiğinde de başa çıkma sorularını kullanabilir. ‘‘*Bu zorluklar karşısında günlük sorumluluklarınızı yerine getirmeyi nasıl başarıyorsunuz?*’’ gibi başa çıkma soruları danışanın yaşamındaki zorlukların üstesinden gelebilme yollarını görmesine yardımcı olurken, aynı zamanda da yaşamındaki istisnaların ortaya çıkarılmasına olanak sağlar. ‘‘*Bu çözüm için bu müthiş fikri nasıl buldunuz?*’’ ‘‘*Bu istenmeyen davranışı durdurmayı nasıl başardınız?*’’ gibi sorular danışanın başarısızlık algısından kurtulmasını sağlar ve onun için neyin işe yaradığına dikkat çekerek olumsuz düşüncelerini olumluya dönüştürmesine yardımcı olur (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Gerçek merak tekniği: Gerçek merak, danışman tarafından danışanın hikayesini içten anlama isteğidir. Danışman bildiği konularda bile danışandan detay talep eder. Bu uygulama olayları danışanın gözünden de görebilmenin, onların yükledikleri anlamları anlamının en iyi yoludur. Danışanla birlikte çözüm stratejileri ve önerileri merak sayesinde geliştirilir. Danışman, danışanın durumundan bihaberdir ancak meraklı bir tavır sergiler. Bu, danışanı mevcut durum üzerinde uzman konumuna getirir (Akgül Gündoğdu ve ark., 2016; Sklare, 2020).

Yeniden çerçeveleme: Yeniden çerçeveleme, bir durumun kavramsal ve duygusal deneyimine bakış açısının değiştirilmesi ve o durumun gerçeklerine daha iyi uyan başka bir çerçeveye yerleştirilmesi yoluyla danışanın duruma yüklediği anlamın değiştirilmesidir. Yeniden çerçeveleme, çözüm odaklı dil kullanılarak danışanların bakış açılarını ve algılarını yeniden inşa etmelerini sağlayarak düşünme şekillerini değiştirmelerine etkili bir şekilde yardımcı olacak bir araçtır. Genellikle danışanlar sorunlarının sona ermeyeceğini ve çözülmesinin zor

olduğunu düşünürler ve sorun odaklı düşünme biçimleri nedeniyle rahatsız oldukları şey hakkında daha fazla bilgi vererek veya neyi istemediklerini söyleyerek yanıt verirler (Yağcı ve Duyan, 2020).

Bireyin bir duruma yüklediği anlamı, algısı ve bakış açısı belirler. Bu nedenle yeniden çerçeveleme, danışanın sorununun en azından bir kısmı için yeni ve faydalı anlamlar oluşturmasını sağlayacak bir yoldur. Danışman, sorunu yeniden çerçeveleyerek danışanın başka bir açıdan bakmasını, sorun ve çözümle ilgili algılarını değiştirmesini sağlar. Danışanın soruna yüklediği anlamları değiştirmesine ve çözüm için kullanabileceği seçenekleri fark etmesine yardımcı olarak neyin yanlış olduğunu düşünmek yerine, ne olmasını istediğini düşünmeye yönlendirir (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020). Bunun için de danışanın kullandığı ifadeleri, çözüm odaklı düşünmesini sağlayacak şekilde yeniden çerçeveler. Örneğin, danışanın “köşeye sıkışmış hissediyorum” ifadesini, “yaşamınızda bir geçiş noktasındasınız ve elbette karar vermeden önce zamana ihtiyacınız var” diyerek ya da danışanın “çok bunalıyorum, her şey üstüme geliyor, artık katlanamıyorum” ifadesini “kendinizi bunalmış hissettiğiniz için çevrenizde olup bitenlere tolerans göstermekte zorlanıyorsunuz” şeklinde yeniden çerçeveleyebilir. Yeniden çerçeveleme, danışanı düşünme şeklini yeniden yapılandırmaya teşvik eder. “Eşim beni kontrol etmek için gün içinde sürekli arıyor” diyen bir danışana, “eşiniz sesinizi duymak ve sizinle konuşmak istediği için sürekli arıyor olabilir mi?” diyerek durumu yeniden çerçeveleyen danışman, danışanın farklı bir şekilde düşünerek bakış açısını olumsuzdan olumluya kaydırmasını sağlayabilir (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Geleceği okuma tekniği: Danışandan gelecekte bir zamanda sorunun çözüldüğünü ve isteklerinin gerçekleştiğini düşünmesi ve ne gibi değişikliklerin olduğunu ayrıntılarıyla yazması istenir. Böylece danışanın hedefini netleştirmesine ve içselleştirmesine olanak tanır. Hedef belirlenirken, hedefin olumlu, küçük, somut ve gerçekçi olmasına dikkat edilmelidir (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Zihinsel haritalar oluşturma: Zihinsel haritalar danışanın başarıya ulaşmasını sağlayacak düşünce ve davranışların oluşmasını, hatırlanmasını ve pekiştirilmesini sağlar. Danışanın güçlü yönlerini ve kaynaklarını fark etmesine yardım ederek, danışanda yeterlilik hissi yaşatır. Danışana “Bu durumu yönetmeyi nasıl başardın? “Bu durumu nasıl idare ettin?” şeklinde sorular yöneltilir (Ateş, 2018; Sklare, 2018).

Seansın sonuna doğru ara vermek: Görüşmeyi sonlandırmadan önce danışmanın görüşmenin özetini yapması, danışanı dinlediğini, önemseydiğini, durumunu, sorularını ve elde

etmek istediği sonuçları anladığını gösterir ve böylece terapötik işbirliğinin güçlenerek sürmesine katkıda bulunur. Danışmanın özetleme yaptıktan sonra düşüncelerini toplaması için görüşmeye beş-on dakika gibi kısa bir ara vermesi, çözüm odaklı yaklaşım yönteminde yaygın kullanılan bir yöntemdir. Danışman “*Şimdi bana söylediklerinizi düşünmek ve notlarımı gözden geçirip size geri bildirimde bulunmak için birkaç dakikanızı rica ediyorum. Sizde bu arada bana söylemek istediğiniz başka bir şey olup olmadığını düşünebilirsiniz. Bu iyi olur mu*” diyerek ara verme fikrini danışanla paylaşır (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Ara sırasında danışanın güçlü yönleri ve onun hakkında takdir ettiği başka şeyler, hakkında yapacağı övgüler ve önerebileceği ödevler hakkında düşünme fırsatı sağlar. Verilen ara danışana da kısa bir değerlendirme yapma imkanı verir. Danışman, danışandan ara sırasında sonraki adımları düşünmesini ve bunlarla ilgili olarak sormak istediklerini belirlemesini ister. Ara sonrasında danışmanın danışana vereceği mesajın işlevi, anlamda bir farklılık ve dolaylı olarak davranışta bir farklılık önermesidir. Genellikle bu mesajlar, danışanların durumları veya çözümleri hakkında farklı düşünmelerine yardımcı olacak ifadelerdir. Danışana içinde bulunduğu durumu normalleştirici bir mesaj verilir. Amaç, danışanın yaptıklarını onaylamak ve çabalarını takdir etmektir. Mesaj, danışana olup bitenler için farklı bir anlam sağlar ve düşüncelerini yeniden çerçeveleyerek yeni ve olumlu bir bakış açısı kazanmalarına yardımcı olur. Mesaj aynı zamanda önerilecek ev ödevi için de bir gerekçe oluşturur. Danışman, danışanın çözüm çerçevesini oluşturan istisnaları ortaya çıkaracak, işe yarayan şeyleri daha fazla yapmasını teşvik edecek ve belirlenen hedefe ulaşmasına yardımcı olacak pratik bir ödev yapmasını önerir (Ateş, 2018; S Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Ev ödevleri: Ev ödevleri, çözümlerin oluşturulmasında ilerlemeyi sağlayan terapötik araçlardır. Ev ödevleri, danışanın olumlu olan şeyleri gözlemlemesine, işe yarayan şeyleri daha fazla yapmasına, istisnaların nasıl kendiliğinden ortaya çıktığını fark etmesine, çözümlere yönelik adımlar atmasını sağlamasına hizmet etmelidir. Ev ödevlerinin temel amacı; danışanın olumlu değişim umudunu ve beklentisini sürdürmesine yardımcı olmak ve onu değişiklik yapma ve istediği sonuçlara ulaşma konusunda yeni fikirler geliştirmeye motive etmektir. Ödev, danışana verilen ve yapmakta zorunlu olduğu bir talimat olarak değil, yapılması isteğe bağlı bir öneri olarak sunulur. Verilen ödevin danışanın durumu için anlamlı olması çok önemlidir. Danışma öncelikle danışana ev ödevi yapmak isteyip istemediği konusunda ki önerilerini alır. Danışanın ödevi ihtiyaç duymadığını ya da ödev yapmak

istemediğini söylemesi durumunda geçerli bir nedeni olduğunu kabul eder. Danışan ödevin gerekli veya yararlı olduğunu düşünmüyor olabileceği gibi, bir sonra ki görüşmeden önce ödev yapmak için ayıracak zamanı olmayabilir. Bu durumda ev ödevi verilmesi gerekli değildir. Ev ödevleri danışan için önemli, yapılabilir, gerçekçi, düşünme, hissetme ve davranış şekillerine uygun ve hedeflerine yönlendirmeyi sağlayacak nitelikte olmalıdır. Diğer terapi yaklaşım yöntemlerinde ödevlerin yapılmaması direnç olarak değerlendirilirken, çözüm odaklı yaklaşım yönteminde ev ödevlerin yapılmaması danışanın yavaş ve dikkatli bir şekilde değişim yaşamak için kullandığı doğal ve koruyucu bir savunma olarak değerlendirilir. Bu nedenle ev ödevlerinin yapılmaması, ödevin danışana uygunluğunun ya da ödevle ilişkili hedefin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğinin göstergesi olarak kabul edilir ve bir sorun olarak ele alınmaz (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Amigoluk/iltifat etme/onaylama ve övgü: Övgü, danışan için önemli olan bir şeye onay, takdir ve saygı göstermek anlamına gelir ve danışanın güçlü yönlerinin altını çizerek pekiştirme yapar. Danışanın çözüm çerçevesinde yaptıklarını vurgulayarak olumlu bir atmosfer yaratır. Danışanın, danışman tarafından yargılanma endişelerini gidermesine yardımcı olur. Olayları ve duyguları normalleştirerek danışanın düşünce ve davranışlarını onaylar. Örneğin; *‘‘zor bir süreçten geçmişsiniz, bu oldukça yorucu olmalı. Buna karşın zorlukları aşmak için kararlılık ve çaba göstermenizi takdirle karşılıyorum.’’* ifadesindeki onaylama ve övgü, danışanın değişim için sahip olduğu gücü kullanmasını teşvik ederek çözüme odaklanmasına yardımcı olur (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde övgü, terapötik bir müdahale olarak kullanılır. Danışmanın, danışanın iyi yaptığı ya da başarılı olduğu noktaları vurgulaması, onu dinlediğini, anladığını ve önemsendiğini göstererek danışanı değişmeye teşvik edici bir etki yaratır. Övgüler, danışana umut aşılması açısından da değişime teşvik edici bir rol oynar. De Shazer bir görüşmenin nasıl gittiğine bakılmaksızın övgülerle sona ermesi gerektiğini belirtmiştir. İltifatlar ve övgüler danışan tarafında sergilenen belirli davranışları ifade etmeli abartılı olmamalı, gerçekçi olmalıdır. *‘‘Kararlılığınızdan çok etkilendiğimi belirtmek isterim’’*, *‘‘Bunu yapabildiğiniz için sizi tebrik ederim’’* gibi danışanlara iç görüleri, hedefleri, istisnaları, güçlü yönleri, iradeleri, yetenekleri konusunda övgüler yapılabilir. Övgü genellikle terapinin olumlu odağını güçlendirir ve bir adım ileri taşır. Onaylama ve övgü ile danışman, danışanın yaptıklarını takdir ettiği, sorunlarının ne kadar zor olduğunu kabul ettiği, onu anladığı ve önemsendiği mesajını verirken, danışanı değişmeye teşvik eder. Ayrıca övgüleri danışanın yaptığı iyi şeyleri vurgulayarak onları daha fazla yapması konusunda teşvik edici

olur. Danışanın yaşamındaki diğer insanlardan nasıl övgü aldığını fark etmesine yardımcı olarak görüşme odası dışındaki kişilerle ilişkileri açısından da önemli bir etki yaratır (Ateş, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

İlk seans ödevini formüle etmek: Çözüm odaklı yaklaşımın ilk seansının sonunda verilecek ev ödevi, sonra ki seanslarda verilecek olanlardan farklı olarak danışman tarafından önerilir. Bunun nedeni, sorun ya da sorunlarının içindeki yaşamından bir kapı aralayıp görüşmeye gelerek çözüm için bir adım atmış olsa da danışanın henüz sorun odaklı bakış açısını tam olarak değiştirmemiş bir şekilde seanstan ayrılabilmesi olasıdır. Danışanla terapötik iş birliğinin sağlıklı kurulabilmesi için bu olasılığı ortadan kaldırmak amacıyla verilecek ödev, danışanın bakış açısının odağını geçmiş ve olumsuz beklentilerden alıp bugüne, geleceğe ve olumlu beklentilere yöneltmeyi ve değişim beklentisini arttırmayı hedefler. Danışman “*Sonra ki görüşmemize kadar aile, yaşam, evlilik ya da ilişkinizde olmaya devam etmesini istediğiniz şeyleri gözlemleyin. İsterseniz bunların bir listesini yapabilirsiniz.*” diyerek danışanı olumlu düşünmeye ve yaşamının olumlu yanlarını görmeye teşvik eder. Ayrıca bakış açısının sorundan çözüme doğru yönlendirmesine yardımcı olur (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

2.3.5. Çözüm odaklı yaklaşımın uygulanma süreci

Çözüm Odaklı Yaklaşım’ ın amacı, danışanda iç görü ya da anlayış geliştirmek değil, değişimi teşvik etmek ve danışanın kendisinin belirlediği amaca kendi kaynaklarını ve çözüm yollarını kullanarak ulaşmasını sağlamaktır. Danışanın kendi algıları, anlamları ve deneyimleri konusunda yetkinliğinin ve uzmanlığının kabul edildiği bu süreç, danışanın kendini keşfetmesine ve daha tatmin edici bir yaşam için gelecek vizyonunu oluşturmaya olanak veren bir terapötik ortam yaratır (Ateş, 2018; Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

Çözüm Odaklı Yaklaşım yönteminde müdahale, görüşme sürecinin kendisidir. Çünkü görüşme danışanların özel olarak neyi değiştirmek istediklerini ve bunu nasıl başarabileceklerini belirledikleri yerdir. Çözüm Odaklı Yaklaşım yönteminde oturumlar, ilk oturum ve ikinci ve sonraki oturumlar şeklinde yürütülmektedir. Özellikle ilk oturum sonraki sürecin belirleyicisi olduğu için son derece önemlidir. İlk oturumda gerçekleştirilmesi gereken iki işlev, danışanın temel hedefinin belirlenmesi ve çözüm oluşturma sürecinin başlatılmasıdır (Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020). Bu yöntemde ortalama altı-on oturumluk bir görüşme sürecinin sonunda verimin en iyi düzeyde olacağı belirtilmiştir (Molnar ve Shazer, 1987). Oturum süreleri 50-90 dakika arasında değişmektedir. Oturum arasında bir hafta ile bir ay

arasında bir süre bırakılabilir. Üçüncü seanstan sonra ilerleme kaydedilmezse çözüm odaklı görüşmelere devam edilmesi önerilmez. İlerleme gerçekleştikçe seanslar arasında ki süre uzar, bu nedenle beş-altı seanslık görüşme süreci birkaç ay sürebilir (Yağcı ve Duyan, 2020).

İlk oturumun öğeleri;

1. İlk görüşme öncesi değişimi değerlendirme
2. Hedef oluşturma
3. Mucize soru
4. Derecelendirme soruları
5. İstisnaları keşfetmeye ilişkin sorular
6. Oturuma ara vermek
7. Onaylama, övgü/iltifat etme ve ev ödevleri (Burns, 2005, MacDonald, 2007; Kim ve ark., 2017).

İkinci ve sonraki oturumların öğeleri

Çözüm odaklı yaklaşım yönteminde ikinci ve sonraki danışanların istedikleri geleceğe yönelik, yani ilk seansta belirlenen hedefe doğru ilerlemeleri takip edildiği için “takip oturumları” olarak da adlandırılır. De Shazer’ e göre; ikinci ve sonraki her oturum aşağıdaki amaçlara yönelik olmalıdır.

1. Danışanın oturumlar arasındaki ilerlemesini fark etmesine yardımcı olmak
2. Danışanın bir önceki oturumda görüşmenin yararlı olduğunu hissedip hissetmediğini görmek
3. Danışanın oturum süresince neler yaptığını veya neler olduğunu fark etmesine yardımcı olmak, iyi olanları daha fazla veya daha sık yapmasını teşvik etmek
4. Danışanın herhangi bir ilerleme kaydetmemesi durumunda yeni bir yaklaşım geliştirmek

Insoo Kim Berg ve Norm Reuss (1995) ikinci ve sonraki oturumlar için danışana sorulacak soruları EARS (Eliciting, Amplifying, Reinforcing, Start over again) kısaltması ile aşağıdaki dört başlıkta özetlemiştir.

Eliciting-ortaya çıkarma: Danışman danışma sürecinde bireyde meydana gelen olumlu değişimleri açığa çıkararak, bireyin baş etme gücünü ve motivasyonunu artırır. Bunun için danışana daha iyi olan şeyler sorulur.

- ❖ En son görüştüğümüzden bu yana hayatınızda daha iyiye giden ve farklı olan neler var?
- ❖ Sizin için en çok ne işe yaradı?

Amplifying-güçlendirme: Danışma sürecinde, danışanın yaşamında meydana gelen küçük değişimler yuvarlanan bir kartopu gibi büyük değişimlere neden olabilir. Değişim devam ettikçe hızı ve ivmesi artarak devam eder. Bu değişimlerin bireyde fark yaratmasını sağlamak amacıyla desteklenmesi oldukça önemlidir. Bunu için daha iyi olan şeylerin ayrıntıları hem danışanda hem de yaşamındaki diğer bireylerde nasıl fark yarattığı sorgulanır.

- ❖ Başka ne oldu?
- ❖ Bu sizin için ne fark yarattı?
- ❖ Sizdeki bu değişimi kim fark etti? ...Nasıl fark etti?

Reinforcing-pekiştirme: Danışman, danışanı değişim için gösterdiği çabadan ötürü destekler. Güçlü olduğu yanları ve başarılarını vurgular ve takdir eder. Bunun için aşağıdaki ifadeleri kullanabilir.

- ❖ Harikasınız..
- ❖ Bunu gerçekten siz mi yaptınız?
- ❖ Bunu nasıl başarabildiniz? Oldukça büyük bir başarı.

Start over-eyleme geçme: Danışanın fark edilmeyen başarılarını keşfetmesi ve tekrar harekete geçmesi sağlanır. Daha iyi olan şeylerin tekrarı için olasılıklar netleştirilir.

- ❖ Peki bir sonraki adımın ne olacağını düşünüyorsunuz?
- ❖ Bunu nasıl devam ettirebilirsiniz?
- ❖ 1' den 10' a kadar bir ölçekte ilerleme durumunuzun şimdi 6 olduğunu belirttiniz. Peki 7 olunca sizin için ne farklı olacak? (Sklare, 2018; Sklare, 2020; Yağcı ve Duyan, 2020).

2.4. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik

Bireyi merkeze alan bakış açısı, ilke ve değerleri doğrultusunda çözüm odaklı yaklaşım felsefesinin, hemşireliğin temel değer ve felsefesi ile uyumlu olduğu belirtilmektedir (McAllister, 2003). Çözüm Odaklı Yaklaşım Yöntemi, 2003 yılında McAllister tarafından hemşireliğe uyarlanarak Çözüm Odaklı Hemşirelik Modeli oluşturulmuştur. Bu model, hümanistik temele dayanan, bireylerin gücüne ve potansiyeline inanan, onlara saygı duyan bir bakış açısına sahiptir. McAllister Çözüm Odaklı Hemşirelik Modeli' nin temel ilkelerini belirlemiştir. Bu modele göre görüşmeler birey merkezli olmalı, bireyin güçlü ve başarılı olduğu alanlara odaklanılmalı, baş etme süreçleri değerlendirilmeli ve görüşmeler sırasında psikolojik direnç kavramı göz önünde bulundurulmalıdır (McAllister, 2003; McAllister ve ark., 2006). Çözüm Odaklı Hemşirelik bakım modeli, sağlığın korunması, sürdürülmesi veya yeniden kazanılmasını hedefleyen hemşirelere alternatif stratejiler sunmaktadır (McAllister, 2003). Hemşireliğin temel felsefelerinden olan yaratıcı düşünme, empatik yaklaşım ve yeni

çözüm yolları geliştirme ilkelerini benimseyen bu model, bireylere alternatif düşünce ve yaklaşım yöntemleri sunmaktadır (Smith ve Macduff, 2017). Bu yaklaşım doğrultusunda hemşireler, psikososyal müdahale uygulamalarını planlayarak bireylerin sosyal yeteneklerini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve kişiler arası sorun çözme becerilerini arttırabilmektedir (Videbeck, 2019). Çözüm Odaklı Hemşirelik Modeli, hastayla işbirliği sağlanması, hemşirelik bakımının eleştirel bir gözle değerlendirilmesi ve toplumla bağlantı kurulması konusunda değişim yaratmayı hedefler. Ayrıca sadece sorunu tanımlamak ve tedavi etmek yerine, bireyin güçlü yanlarına, geçmiş başarılarına odaklanarak ve potansiyelini fark etmesi sağlanarak fiziksel ve zihinsel bakımın bütünleştirilmesi sağlanır (Chandler ve Wilson, 2016).

Çözüm Odaklı Hemşirelik Modeli; akıl, mantık, hayal gücü, yaratıcı düşünme, tümevarım ve tümdengelimli düşünme, sorun çözme ve çözüm yollarını aramayı içerir. Bu modele dayalı uygulamalar süreç odaklıdır ve pratiktir. Sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırır. Yaratıcı düşünme sayesinde yeni bilgilerin kazanılmasını sağlayarak hemşireliğin ilerlemesini sağlar. Çözüm odaklı hemşirelik müdahalesinde birey dikkatle dinlenir ve değişimin gerekli olduğu kabul edilir. Hemşireler görüşme sırasında esnek kalabilmelidir. Bu bakış açısını benimseyen hemşireler, çözüm yolları geliştirmek için yaratıcı düşünmeyi, yaşam boyu öğrenme ilkesini ve kanıt temelli uygulamaları mesleki yaşamlarında kullanmalıdır (McAllister, 2003; McAllister ve ark., 2006).

Çözüm Odaklı Hemşirelik uygulamalarında çözüm geliştirme her sorunun çözümünün olduğu anlamına gelmez. Bazen bireyin yaşadığı yas duyguları veya zararlı amaçlar edinmiş bir birey için bu duygularla baş edebilir düzeye gelmesi de çözüm olarak değerlendirilir. Birey yaşadığı sorunla baş edebilmek için mücadele eder. Bireyin özerk davranmasının sağlanması, görüşmelerde hemşirenin varlığına odaklanmamasını ve kendi baş etme stratejilerini kullanmasını sağlar (Chandler ve Wilson, 2016).

McAllister çözüm odaklı hemşireliğin “dönüştürülebilir eğitim” uygulaması olduğunu ve üç aşamadan oluştuğunu belirtmiştir (McAllister, 2003; McAllister ve ark., 2006).

Katılma: Bu aşamada hemşire, hastalık tanısı yerine bireyi tanımaya çalışır. Bireyi değerlendirebilmek için, saygı ve işbirliği çerçevesinde oluşturduğu stratejileri kullanır.

İnşa etme: Hemşire, bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik potansiyel oluşturmak ve sorunları çözmek için hasta ile işbirliği yapar. Bu aşamada hemşire eğitici, motive edici ve destekleyici olarak rol alır.

Devam ettirme: Hemşirenin rehberliği ve destekleyici desteği sayesinde bireyin yaşamında olumlu değişim başlar. Çünkü hemşire, bireye sağlık sorunlarını çözmesinde destek olur. Bu sayede birey, kendi gücünün ve yeteneklerinin farkına varır.

McAllister ve ark. (2006) çözüm odaklı hemşirelik modelinin altı önemli ilkesi olduğunu belirtmiştir.

1. Danışmanlık sürecinin merkezinde sorun değil, birey vardır.
2. Sorunlar ve güçler her zaman olabilir. Bireyin içsel kaynaklarının değerlendirilmesi ve var olan kaynaklarının geliştirilmesi, bireye baş etme ve uyum sağlama sürecinde yardımcı olacaktır. Birey için en uygun olan ve işe yarayan çözüm yollarının kullanılması, bireyin umudunu ve öz inancını geliştirebilir, bu durum bireyin sağlığının en üst düzeye ulaşmasını sağlar.
3. Direnç, savunmasızlık kadar önemlidir.
4. Hemşirenin rolü, hastalık bakımının ötesinde uyum sağlama ve iyileşme sürecine yöneliktir.
5. Hedef; bireyde, hemşirelikte ve toplumda değişim başlatmaktır. Bu nedenle hemşireler birey odaklı bakımın yanı sıra sosyokültürel bakımı da önemsemelidir. İşe yaramayan uygulamalar belirlenmeli ve bunun yerine güçlü ve etkin stratejiler uygulamaya yansıtılmalıdır. Değişim süreci için anlamak yeterli değildir, birey kararlı, aktif olmalı ve sorumluluk üstlenmelidir.
6. Bireye ulaşmanın yolu tepki göstermekten çok değişim sürecini başlatmak olmalıdır. Bakım sürecinde; teşhisten ziyade bireyle bir araya gelmek ve bireyi tanımak önemlidir. Bu süreç üç önemli evreden oluşur. Bireyin iyileşmesini ve adapte olmasını sağlamak için beceri ve kaynaklarını keşfetmek, bunları geliştirmek ve yeteneklerini uygulamak için fırsat sunmak ve daha fazla sosyal desteklerle bağlantı kurmaktır.

2.4.1. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliğinde çözüm odaklı yaklaşım

Kadının yaşantısında önemli dönüm noktalarından olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönemler farklı deneyimlerin yaşandığı eşsiz ve özel süreçlerdir (Nilsson ve ark., 2018; Yıldırım, 2020). Bu dönemlerde bazı fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşayan kadınlar, bakım ve desteğe gereksinim duymaktadır. Bakımın planlanması ve uygulanması aşamasında en büyük rol hemşire ve ebelerle düşmektedir. Hemşireler ve ebeler kanıt temelli uygulamalar çerçevesinde kadının ve ailesinin gereksinim duyduğu fiziksel ve psikososyal bakım hizmetini sunmaktadır (Aydın-Kartal ve Aksoy, 2021; Eri ve ark., 2020; Kaya ve Guler, 2022). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresinin bu süreçlerdeki en önemli görevleri; çiftlere gebelik öncesi dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetini sunmak, kadının gebelik sürecine özgü

bakım ve izlemelerini yapmak, gebelik sürecinde gelişen riskli durumları erken evrede fark etmek ve yönlendirmek, doğumun uygun şartlarda yapılmasını sağlamak ve anne-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde eğitim ve danışmanlık yapmaktır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Bu süreçlerde kadın sağlığı hemşiresi gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde en uygun bakım hizmetini sunmakta, kadın ve ailesini sorumluluk üstlenmesi için cesaretlendirmekte, kadınlarla iş birliği içinde çalışarak kanıt temelli bütüncül bakım hizmeti sunmakta ve bakım sürecinde kadınların kendi kararlarını alabilmeleri konularında desteklemektedir (Güngör ve ark., 2013; Arslan Özkan ve ark., 2015). Bu bakım felsefesi ile çözüm odaklı yaklaşım felsefesinde benimsenen saygılı ve işbirlikçi yaklaşım, değişim sürecine odaklanma, işe yarayan çözüm yollarını keşfetme, bireyi kendi yaşamının uzmanı olarak değerlendirme ve bireyin olumlu, güçlü olduğu yönlerini ortaya çıkarma bakış açısının benzer olduğu görülmektedir. Bu nedenle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadının yaşadığı psikososyal problemlerin çözümünde çözüm odaklı yaklaşım temelli bakım uygulamaları yeni yaklaşım yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntem kadınların sahip oldukları gücü fark etmelerini sağlamakta, kadınları cesaretlendirmekte ve kendi çözüm yollarını bulmalarına yardım etmektedir.

Çözüm Odaklı yaklaşım yönteminin etkili ve kısa süreli uygulanan bir yöntem olması gebelik, doğum ve postpartum süreçleri de içine alan perinatal dönemde kullanımı konusunda büyük avantaj sağlamaktadır (Kaya ve Guler, 2022). Perinatal dönemde çözüm odaklı yaklaşım yöntemine dayalı yapılan çalışmalar incelendiğinde; gebelik döneminde stres ve anksiyete yönetimi (Aslani ve ark., 2017; Karrabi ve ark., 2019), aile içi şiddet (Dinmohammadi ve ark., 2021), doğum korkusu (Sharifzadeh ve ark., 2018; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022), bebek bakımı (Demir, 2020), doğum sonu depresyon (Ramezani ve ark., 2017) gibi problemlerin çözümünde etkili olduğu belirlenmiştir.

Dinmohammadi ve ark. (2021) aile içi şiddet yaşayan gebelerde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı yaklaşım yönteminin aile içi şiddeti azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır. Aslani ve ark. (2017) stres düzeyi yüksek olan gebelerde çözüm odaklı stres yönetimi grup danışmanlığının etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, müdahale grubundaki gebelerin stres düzeyinin önemli ölçüde azaldığını belirlemiştir. Karrabi ve ark. (2019)' da yaptıkları benzer çalışmada doğuma yönelik yüksek düzeyde endişe yaşayan gebelere uygulanan dört oturum çözüm odaklı yaklaşım programının,

gebelerin endişe düzeyini azaltmada etkili olduğunu saptamıştır. Ramezani ve ark. (2017) nulliparlarda doğum sonu depresyonun önlenmesinde çözüm odaklı yaklaşım temelli danışmanlık ile bilişsel davranışçı terapi danışmanlığının etkisini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, her iki danışmanlık yönteminin de doğum sonu depresyonu azaltmada etkili olduğunu belirlemiştir. Sharifzadeh ve ark. (2018) doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı yaklaşımın etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı danışmanlığın doğum korku düzeyini azalttığını ve normal doğum tercihini arttırdığını saptamıştır. Mortazavi ve ark. (2021) gebelik sürecinde anksiyete ve orta-şiddetli düzeyde doğum korkusunun yönetiminde çözüm odaklı danışmanlığın etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı danışmanlığın anksiyete ve doğum korku düzeyini azalttığını belirlemiştir.

Ülkemizde perinatal dönemde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin etkinliğinin değerlendirildiği iki çalışmaya rastlanmıştır. Kaya ve Guler (2022) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada online olarak uygulanan çözüm odaklı danışmanlığın ve online doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve öz yeterlilik üzerine etkisini değerlendirmiştir. Şiddetli doğum korkusu yaşayan primigravidaları üç gruba ayırmışlardır. İlk müdahale grubuna altı oturum online çözüm odaklı danışmanlık, ikinci gruba altı oturum online doğuma hazırlık eğitimi uygulamıştır. Kontrol grubu ise rutin bakım almıştır. Çalışmanın sonucunda çözüm odaklı yaklaşım grubundaki gebelerin doğum korku düzeylerinin, doğuma hazırlık eğitim grubunda yer alan gebelere göre daha fazla azaldığı belirlenmiştir. Müdahale gruplarında yer alan gebelerin öz yeterlilik düzeylerinin arttığı, kontrol grubunda ki gebelerin ise öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Demir (2020) prematür bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelere uygulanan bireysel çözüm odaklı yaklaşımın etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı yaklaşım yönteminin annelerin bebek bakımı konusundaki kaygı düzeylerini azalttığını, çözüm odaklı baş etme becerilerini arttırdığını saptamıştır.

2.5. Doğum Sonu Dönem ve Özellikleri

Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir dönüm noktası olan doğum sonu dönem, fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı gelişimsel ve kiritik bir geçiş sürecidir (Ay ve ark., 2018; Taşkın, 2021). Doğum sonu dönemde, annede yaşanan fiziksel değişiklikler; üreme organlarında ve sistemlerde yaşanan değişimlerin doğum öncesi pozisyonlarına geri dönmesi olarak tanımlanan retrogressive değişimler ve memelerin laktasyon sürecine hazırlanmasını sağlayan progressive değişimlerdir (Taşkın, 2021).

Psikososyal değişiklikler ise; annenin duygu durumunu etkileyen hormonal değişimlerin yaşanması, aileye yeni bir üyenin katılmasıyla birlikte yeni düzen kurulması, ebeveynlerin sosyal ve çalışma hayatlarında yaşadıkları değişimler, yorgunluk ve yeni sürece adapte olmaya çalışmaktır (Kirova ve Snell, 2019). Dördüncü trimester olarak da adlandırılan bu dönem genellikle altı-sekiz haftalık zaman dilimini kapsamaktadır (ACOG, 2018). Doğum sonu dönem, postpartum, puerperium, postnatal veya lohusalık olarak da adlandırılmaktadır (Paladine ve ark., 2019; Doęan ve Kızıltan, 2019; Taşkın, 2021). ACOG (2018) postpartum dönemin 12 haftaya kadar devam edebileceğini belirtirken, bazı kaynaklarda altı aya kadar devam edebileceği belirtilmektedir (Yurtsever Kılıçgün ve Kılıčkaya, 2016; Erçel ve Süt, 2020).

Doğum sonu dönem birbirini takip eden üç farklı dönemden oluşmaktadır.

Başlangıç dönemi: Akut faz olarak da bilinen, doğum sonrası 6-12 saatlik zaman dilimini kapsayan bu dönemde hızlı fizyolojik değişimler yaşanmaktadır. Yaşanan hızlı değişimlerle birlikte annede, postpartum kanama, amniyon sıvı embolisi, uterin inversiyonu, uterin atoni ve eklemsi gibi acil müdahale gerektiren sorunlar yaşanabilmektedir (Yurtsever Kılıçgün ve Kılıčkaya, 2016; Taşkın, 2021).

İkinci dönem: Doğum sonu 2-6 haftalık süreyi kapsayan, akut döneme göre daha yavaş ilerleyen dönemdir. Bu dönemde annede hemodinamik, metabolizma, ürogenital sistem ve duygu-durum ile ilgili değişimler yaşanmaktadır (Yurtsever Kılıçgün ve Kılıčkaya, 2016; Taşkın, 2021).

Üçüncü dönem: Doğum sonu altı aylık zaman dilimini kapsayan bu dönemde, fizyolojik değişimler yaşayan anne, yeni rolüne uyum sağlamaya çalışmaktadır. Eş ile iletişim, sosyal çevreye adapte olma ve doğum öncesi döneme geçiş bu dönemde gerçekleşmektedir (Yurtsever Kılıçgün ve Kılıčkaya, 2016; Taşkın, 2021).

Doğum sonu dönemde annenin yaşadığı fizyolojik ve psikososyal değişimlere uyum sağlaması, annelik rolünü benimsemesi, bebeğini kabullenmesi, kendi öz bakımını ve bebeğinin bakım ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir. Bu dönem, aile açısından doyum sağlayan ve aile ilişkilerinin kuvvetlendiğı bir dönem olarak yaşanabileceğı gibi, kriz yaşanan bir sürece de dönüşebilmektedir (Evcili ve ark., 2014; Taşkın, 2021). Bu dönemde anneler bir yandan yaşadıkları sorunlarla baş etmeye çalışırken, diğer taraftan bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük yaşamını devam ettirmek ve yeni sürece adapte olmak durumundadır (Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017; Taşkın, 2021).

Postpartum dönemde, anneler yeni rollerine uyum sağlamaya çalışırken kendi öz bakımlarına ve bebeklerinin bakımına yönelik stres, korku, endişe, zorluk yaşadıklarını, bu durumun kendilerinde yetersizlik duygusuna ve öz güven sorunlarına neden olduğunu belirtmektedir (Evcili ve ark., 2018; Bahorski ve ark., 2019). Bu dönemde anneler; doğum sonu kanama, doğum sonu enfeksiyon, meme ve emzirme sorunları, yorgunluk, uyku problemleri, perineal ağrı, epizyotomi veya sezaryena bağlı ağrı, kabızlık, özellikle yenidoğanın bakım ve beslenmesi konusunda problemler yaşadıklarını belirtmiştir (Bağcı ve Altuntuğ, 2016; ACOG, 2021; Koçyiğit Gültepe, 2022; Bekmezci ve Meram, 2022; Karaçay Yıkar ve Nazik, 2022). Ayrıca seksüel hayatta problemler, annelik rolüne uyum sürecinde sorunlar, yetersizlik duygusu, aile içi ilişkilerde problemler, duygusal ve mental sorunlar, sosyal destek kaynaklarının yetersizliği gibi sorunlar da yaşadıklarını belirtmiştir (Güleç ve ark., 2014; Zivoder ve ark., 2019; Asadi ve ark., 2021; Dagla ve ark., 2021, Al-Zahrani ve ark., 2021; Fuchs ve ark., 2021). Postpartum dönemde yaşanan bu sorunların bazıları altı haftaya kadar devam ederken, bazı sorunlar bir yıla kadar devam edebilmektedir (Egelioğlu Çetişli ve ark., 2020). Doğum sonu dönemde annelerin yaşadığı fiziksel sorunlar günlük yaşantılarını etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Mortazavi ve ark., 2014). Cooklin ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada annelerin doğum sonu dönemde %20,1' inin fiziksel semptomlar yaşadığını, %19,2' sinin emzirme sorunları yaşadığını, %25,0' ının her iki sorunu da yaşadığını saptamıştır. En sık yaşanan fiziksel semptomların perineal ve insizyon ağrısı, sırt ağrısı, konstipasyon, hemoroid ve üriner inkontinans olduğunu belirtmiştir. Emzirmeye ilişkin yaşanan sorunların başında ise mastit, meme ağrısı ve süt miktarının fazla veya yetersiz olması sorunlarının yer aldığını belirtmiştir (Cooklin ve ark., 2018). Kaya Şenol ve Pekyiğit (2021) doğum sonu dönemde annelerin yaşadığı stres düzeyinin emzirme öz-yeterliliğe etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada doğum sonu stres düzeyi düşük olan annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Dagla ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada postpartum dönemde annelerin yaşadığı mental sağlık sorunlarının laktasyon sürecini olumsuz etkileyerek mastit sorununa neden olduğunu belirlemiştir. Asadi ve ark. (2021) kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları deneyimleri değerlendirmek amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada, yaşanan sorunları dört bölümde kategorize etmiştir. Kadınlar doğum sonu dönemin hayatta yeni bir dönemin başlangıcı olduğunu, bu dönemde çekiciliklerinin azaldığı hissi yaşadıklarını ve fiziksel, zihinsel olarak tükenmiş hissettiklerini belirtmiştir. Zivoder ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde kadınların %44,4' ünün mental sorunlar yaşadığını, en sık yaşanan sorunların sırasıyla bebek hüznü, doğum sonu depresyon ve

anksiyete bozuklukları olduğunu belirtmiştir. Kohler ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada vajinal doğum sonrası yaşanan perineal ağrının kadınların %42,0' ında onuncu güne kadar devam ettiği, %10,0' ında ise 18. aya kadar devam ettiğini belirtmiştir. Bu sorun nedeniyle anneler günlük aktivitelerinde, öz bakım uygulamalarında ve yenidoğan bakımında zorlandıklarını ifade etmiştir. Ayers ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada doğum sonrası dönemde annelerin %49.3' ü fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı, %35,8' i bebekle yeni yaşama adapte olmaya bağlı, %32,4' ü bebeğin sağlığına yönelik, %23,7' si emzirmeye bağlı stres yaşadıklarını belirtmiştir.

Doğum sonu dönemde ebeveynlerin yaşadığı stres, kaygı ve depresyon gibi duygusal sorunlar anne-bebek arasındaki etkileşimi, bağlanma duygusunu ve eşler arasındaki iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir (Güleç ve ark., 2014). Ayrıca ilerleyen süreçlerde çocuklarda görülebilecek duygusal ve hiperaktivite gibi davranışsal sorunlara da neden olabileceği belirtilmektedir (Serhan ve ark., 2013; Bölükbaşı ve Şanlıer, 2017). Annenin rolünü benimsemesi ve bu sürece uyum sağlaması, eş ve sosyal destek kaynaklarının varlığı ve ebeveynler arasındaki uyum anne-bebek arasındaki etkileşimin sağlıklı başlamasını ve devam etmesini sağlamaktadır (Evcili ve ark., 2018; Tambag ve ark., 2018; Eslahi ve ark., 2021). Bu sürecin sağlıklı ilerleyebilmesi için doğum sonu dönemde izlem ve bakım oldukça önemlidir.

Ülkemizde doğum sonu dönemde annelere ilk üç izlemin hastanede, son üç izlemin ise evde ya da bir sağlık kurumunda yapılması önerilmektedir. Dördüncü izlemin 2-5.günlerde, beşinci izlemin 13-17. günlerde ve altıncı izlemin ise 30-42. günlerde yapılması önerilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım ve Yönetim Rehberi, 2018). Doğum sonu bakımında amaç; anne ve yenidoğanın sağlığını korumak, geliştirmek, fizyolojik ve psikososyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına destek olmak, ailenin fiziksel ve psikososyal açıdan sürece uyum sağlamasına rehberlik etmektir (WHO, 2022). Lavender ve ark. (2013) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında postpartum dönemde altı hafta takip edilen annelerin doğum sonu döneme ilişkin daha az sorun yaşadıklarını belirlemiştir. Yonemoto ve ark. (2013) yaptıkları sistematik derlemede, doğum sonu dönemde ev ziyaretleri yapılan annelerin emzirmeye daha erken başladıklarını, emzirme sorunları ve doğum sonu enfeksiyon semptomlarının daha az yaşandığını belirlemiştir. Rosenberg (2021) yaptığı çalışmada doğum sonu dönemde yapılan ev ziyaretlerinin aile ve çocukların yaşam kalitesi üzerinde uzun süreli faydalar sağladığını ve acil tıbbi hizmetlerin kullanım oranlarını azalttığını saptamıştır.

Doğum sonu dönem anne ve bebeğin hemşirelik bakımına daha fazla gereksinim duydukları bir süreçtir. Bu dönemde annenin ve bebeğin yaşadığı sorunların ve riskli durumların erken dönemde belirlenmesi ve uygun girişimlerde bulunulması anne ve bebek arasındaki güven duygusunun artmasını sağlamakta ve yeni döneme uyum sürecini kolaylaştırmaktadır (Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017). Bu nedenle doğum sonu dönemde annenin, bebeğinin ve ailenin fizyolojik ve psikososyal bütünlüğünün korunması ve geliştirilmesi için aile merkezli ve bütüncül bakış açısı ile kaliteli, nitelikli, bireyselleştirilmiş bakım hizmetleri sunulmalı, anneye ve aileye doğru bilgi ve davranışlar kazandırmaya yönelik ev ziyaretleri yapılarak eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir (Güleç ve ark., 2014; Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım ve Yönetim Rehberi, 2018; ACOG, 2018). Doğum sonu dönemin başarılı geçirilmesi anne ve bebeklerin yaşama daha sağlıklı başlamalarını sağlayacaktır (Altuntuğ ve Ege, 2012).

2.6. Güvenlik Hissi Kavramı

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır ve çeşitli ihtiyaçları bulunmaktadır. Kişiden kişiye değişebilen bu ihtiyaçlar, temel fizyolojik ihtiyaçlardan, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlara doğru ilerleyen hiyerarşik bir düzen içerisinde yer almaktadır. Motivasyon ve kişilik gelişimi üzerine önemli çalışmalar yapan Abraham Maslow, İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi ile bireyin ihtiyaçlarını belirli bir sıraya koyarak İhtiyaçlar Hiyerarşisi Piramidini oluşturmuş ve beş başlık altında kategorize etmiştir (Uysal ve ark., 2017). Bunlar; fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik, sevgi ve ait olma, saygınlık ve kendini gerçekleştirmedir. Piramitte yer alan her basamağın birbiriyle ilişkili olduğunu belirten Maslow, alt basamakta yer alan ihtiyaçların karşılanmadan üst basamağa geçilemeyeceğini belirtmiştir (Maslow, 1943).

Piramidin en tabanında temel fizyolojik ihtiyaçlar (yiyecek, su, barınma, dinlenme) yer almaktadır. Güvenlik gereksinimi, fizyolojik ihtiyaçlardan sonraki basamakta olup, ikinci sırada yer almaktadır. Abraham Maslow' a göre güvenlik; bireyin, kendini koruması, güven duygusu içinde hissetmesi, korkudan ve karmaşadan kaçınması, fiziksel ve zihinsel olarak dengede hissetmesidir (Maslow, 1970). Birey güvenlik ihtiyacını karşılamadan aıdat, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlara yönelememektedir. Güvenlik konusunda kaygı yaşayan bireyin en önemli gündemi rutin yaşamına devam edebilmek için güvenliğini tehdit eden durumu ortadan kaldırmaya çalışmaktır (Kula ve Çakar, 2015). Güvenlik gereksiniminin karşılanmaması bireyin kaygı, endişe, huzursuzluk ve gerginlik yaşamasına neden olabilmektedir (Maslow, 1970). Kaufman (1973) güvenlik kavramını insani bir değer

ve ihtiyaç olarak kavramsallaştırmıştır (Akt. Melender ve Lauri, 2002). Sonuç olarak güvenlik ihtiyacı, karşılanıncaya kadar bireyin eylemlerine yön veren önemli bir ihtiyaçtır.



Şekil 2.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi (Maslow, 1943)

2.6.1. Doğum sonu dönemde güvenlik hissinin önemi

Doğum sonu dönem, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, ebeveynlik rollerine geçiş süreci ile birlikte yeni görev ve sorumlulukların üstlenildiği gelişimsel bir geçiş sürecidir (Ay ve ark., 2018; Taşkın, 2021). Bu dönem, ebeveynler açısından doyum sağlayan ve ilişkilerin kuvvetlendiği bir dönem olarak yaşanabileceği gibi, kriz yaşanan bir sürece de dönüşebilmektedir (Evcili ve ark., 2014; Entsieh ve Hallström, 2016; Taşkın, 2021). Doğum sonu dönemde annenin yaşadığı fizyolojik ve psikososyal değişimlere uyum sağlaması, annelik rolünü benimsemesi, bebeğini kabullenmesi, kendi öz bakımını ve bebeğinin bakım ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir. Bu dönemde anneler bir yandan yaşadıkları sorunlarla baş etmeye çalışırken, diğer taraftan bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük yaşamını devam ettirmek ve yeni sürece adapte olmak durumundadır (Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017; Taşkın, 2021). Bu sürece adapte olmaya çalışmak annenin farklı düzeylerde stres, güvensizlik hissi ve anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (Solmeyer ve Feinmerg, 2011, Nilsson ve ark., 2015). Bu dönemde annenin yaşadığı stres ve kaygı düzeyi değerlendirilerek anneye bu süreci yönetebilmesi için destek olunmalıdır. Doğumdan önce ve doğum sonu dönemde annenin kendi sağlığı ve bebeğiyle ilgili konularda yeterli düzeyde bilgilendirilmesi, bebek bakımına yönelik konularda eğitim alması ve annelik rolüne hazır hissetmesi ebeveynlerin öz güvenlerini arttırmaktadır (Sayık ve Orsal, 2019). Doğum sonu süreci yönetebilme becerisi kazanan ve bu süreçte desteklenen annelerin kendilerini huzurlu, mutlu, güvende hissettikleri ve çevresiyle pozitif ilişkiler kurabildikleri belirtilmektedir (Kvist

ve Persson, 2009). Bu nedenle postpartum dönemde ilk haftada kadınların annelik deneyimi için güvende hissetmesi oldukça önemlidir (Persson ve Dykes, 2009).

Doğum sonu güvenlik hissi, annelerin postpartum dönemde artan sorumluluklarını, yaşadığı kaygı ve stres düzeyini yönetebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Persson ve ark., 2007). Doğum sonu dönemde güvenlik kavramı ile ilgili çalışmalar Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği' ni geliştiren Persson ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır. Persson ve ark. (2007) ölçeğe yer alan alt maddeleri şu şekilde sıralamıştır.

- Güçlendirici Davranış
- Genel İyilik
- Aile Bağları
- Emzirme Davranışı

Güçlendirici davranış: Postpartum dönemde annenin artan sorumluluklarının yanı sıra stres ve kaygı düzeyini yönetebilmesi, kendini güvende hissetmesi, karar verme süreçlerine katılması, fiziksel ve psikososyal açıdan kendini daha iyi hissedebilmesi için sağlık personelleri tarafından cesaretlendirilmesi ve desteklenmesidir (Persson ve ark., 2007; Geçkil ve ark., 2016).

Genel iyilik: Postpartum dönemde ilk bir haftalık zaman diliminde annenin fiziksel ve emosyonel durumunun değerlendirilmesidir. Bu süreçte annenin kendini iyi hissetmesi, annelik rolünü benimsemesi ve adapte olması açısından önemlidir (Persson ve ark., 2007; Geçkil ve ark., 2016).

Aile bağları: Doğum sonu dönemde annenin eşi, ailesi ve çevresi tarafından desteklenmesi kendini daha iyi ve güvende hissetmesini, fizyolojik ve emosyonel açıdan daha kısa sürede toparlanmasını ve aile ile ilişkilerin güçlenmesini sağlamaktadır (Persson ve ark., 2007; Geçkil ve ark., 2016).

Emzirme davranışı: Doğum sonu dönemde anneye emzirme ile ilgili yeterli destek sağlanması, annenin her ihtiyaç duyduğunda sağlık personeli ile iletişim kurabilmesi ve bebeğin sorunsuz şekilde emzirilmesidir. Emzirmenin başlatılması anne ile bebek arasındaki bağlanma duygusunu arttırmakta ve annenin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır (Persson ve ark., 2007; Geçkil ve ark., 2016).

Eş desteği, sosyal destek kaynaklarının varlığı, sağlık personellerinin tutumu, antenatal dönemde doğum sonu döneme yönelik alınan eğitimler, anne ve bebeğin genel iyilik durumu, stres, kaygı, depresyon, doğum şekli, doğum algısı, doğum deneyimi, emzirme sorunları,

erken taburculuk gibi faktörler annelerin doğum sonu dönemde güvenlik hissini etkileyen faktörlerdir (Persson ve Dykes, 2009; Persson ve ark., 2011; Persson ve Kvist, 2014; McFadden ve ark., 2017; Barimani ve ark., 2017; Werner-Bierwisch ve ark., 2018, Aksoy Derya ve ark., 2019; Escribano ve ark., 2020; Koçak ve ark., 2021a; Koçak ve ark., 2021b).

Doğum sonu dönemde annenin kendini güvende hissetmesini sağlayan en önemli faktörlerden biri sosyal destek kaynaklarının varlığıdır. Persson ve Dykes (2009) yaptıkları çalışmada, postpartum ilk haftada sağlık profesyonelleri ve aile tarafından sağlanan desteğin annenin güvenlik duygusunu etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada doğum sonu dönemde annelerin %70,2' sinin eşinden, %22,0' ının annesinden, %5,8' inin kayınvalidesinden destek almak istediği belirtilmiştir (Gülşen ve Merih, 2018). Özellikle ilk defa annelik deneyimi yaşayan kadınlar fiziksel ve emosyonel gereksinimleri için ailelerinin desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Sosyal destek kaynaklarının varlığı, kadının annelik rolüne uyum sürecini kolaylaştırmakta, bebeğine karşı daha duyarlı olmasını sağlamakta, aile içi iletişimi güçlendirmekte ve sosyal çevresi ile daha yakın ilişkiler kurmasını yardımcı olmaktadır (Skreden ve ark., 2012; Şahin ve Dişsiz, 2014; Türkoğlu ve ark., 2014). Yenidoğanın genel iyilik hali, beslenmesi ve bakımı ile ilgili konularda annelerin yaptığı doğru uygulamaların sağlık profesyonelleri tarafından onaylanması ve desteklenmesi, annelerin kendilerini daha güvende ve daha güçlü hissetmelerini sağlamaktadır (Persson ve ark., 2012; Barimani ve Vikström, 2015). Koçak ve ark. (2021b) yaptıkları çalışmada sosyal ve profesyonel destek alan ebeveynlerin doğum sonu dönemde kendilerini daha güvenli hissettiklerini belirtmiştir.

Postpartum dönemde ebeveynlerin güvende hissetmesini sağlayan bir diğer durum, daha önce bu süreci yaşayan bireylerle bir araya gelerek yaşadıkları deneyimleri paylaşmalarıdır (Serçekuş ve Mete, 2010). Deave ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada anneler sağlık personellerinden yakın zamanda bu süreci yaşayan diğer annelerin tecrübelerini paylaştıkları videolar hazırlamalarını istemiştir ve bu süreci yeni yaşayan annelere izlettirmiştir. Kadınlar, diğer annelerin yaşadıkları deneyimleri dinlemenin kendilerini cesaretlendirdiğini ve güven duygusunu arttırdığını belirtmiştir.

Doğum Sonu Bakım ve Yönetim Rehberi' ne (2018) göre normal doğumdan 24 saat sonra, sezaryen doğumdan 48 saat sonra hastaneden taburcu olunmaktadır. Birçok ülkede anne ve bebeğin sağlık durumuyla ilgili herhangi bir sorun yoksa erken taburculuk fikri benimsenmektedir (Erenoğlu ve Başer, 2018). Waldenström ve ark. (2006) yaptıkları

çalışmada kadınların %26,0' ı hastanede kalış süresinin kısa olması ve bakımda sürekliliğin sağlanmaması nedenleriyle doğum sonu bakım hizmetinden memnun olmadıklarını belirtmiştir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda; doğum sonu dönemde erken taburculuk planlanan ebeveynlerin kendilerini güvende hissetmedikleri, hemşireler tarafından ebeveynlere bireysel kesintisiz destek verilmesi gerektiği, yaşadıkları endişe ve sorunlarla baş edebilmek için sağlık birimlerine erişimin daha kolay olması gerektiği belirtilmektedir (Salonen ve ark., 2011; Danbjørg ve ark., 2014). Erken dönemde taburculuk, erken dönem kanamaları, epizyotomi veya insizyon yerinde ağrı, enfeksiyon, emzirme ve meme problemleri, annenin bireysel bakımı ve bebek bakımı konusunda yaşanabilecek sorunların erken dönemde belirlenmesini engellemektedir (Toprak ve ark., 2017). Koçak ve ark. (2021b) yaptıkları çalışmada annelerin %18,1' inin, babaların ise %13,8' inin doğum sonu dönemde kendilerini taburcu olmaya hazır hissetmediğini ve taburculuğa hazır olma durumu ile güvenlik hisleri arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirtmiştir. Fink (2011) yaptığı çalışmada erken taburculuğun, anne ve bebeğin yaşadığı sorunların erken dönemde belirlenmesini engellediğini, annenin güven duygusunu olumsuz etkilediğini ve annede doğum sonu depresyon prevalansında artışa neden olduğunu belirtmiştir. Anneler postpartum süreçte hastanede kaldıkları zaman diliminde takıldıkları noktalarla ilgili soruları hemşirelere sorabildikleri için kendilerini güvende hissettiklerini belirtmiştir. Ancak taburculuk sonrası süreçte yaşadıkları sorunları danışabilecekleri kimse olmadığı için kendilerini kaygılı hissettiklerini, bu sebeple 24 saat kesintisiz hizmet alabilecekleri bir birimin olmasının kendilerini güvende hissetmeleri açısından önemli olduğunu belirtmiştir (Persson ve ark., 2011; Persson ve ark., 2012). Danbjørg ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde ebeveynlerin sağlık merkezlerine kolay erişim sağlamalarının güvenlik hislerini arttırdığını belirtmiştir. Barimani ve Vikström (2015) yaptıkları çalışmada anneler doğumlarına katılan hemşirelerin, postpartum dönemde de bakım vermelerini istediklerini bu şekilde bakımda sürekliliğin sağlanmasının kendilerini daha güvende hissettirdiklerini belirtmiştir. Fahlbeck ve ark. (2022) İsveç' te yaptıkları çalışmada ebeler tarafından bakımda sürekliliğin sağlanması modelinin kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde güvenlik hislerini arttırdığını belirtmiştir. Diğer taraftan Nilsson ve ark. (2015) yaptığı çalışmada postpartum dönemde erken taburculuğun ebeveynlerin sorumluluk almalarını sağladığını ve ebeveynlere bir arada olma fırsatı sağladığı için annenin daha güvende hissettiğini belirtmiştir. Kruse ve ark. (2021) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada ise sezaryen doğum sonrası planlanan erken taburculuk ile standart bakımın ebeveynlerin doğum sonu güvenlik hislerine, postoperatif ağrı, mobilizasyon ve hastaneye yeniden yatış üzerine

etkisini değerlendirmiştir. Benzer özellikte olan ve sezaryan ile doğum yapan 143 kadın iki gruba ayrılmıştır. Müdahale grubundaki kadınlar doğumdan 28 saat sonra taburcu edilmiştir ve ertes gün ebe tarafından ev ziyareti yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlar 48 saat sonra (standart bakım) taburcu edilmiştir. Doğum sonu birinci haftanın sonunda her iki grupta yer alan kadınların ve eşlerinin güvenlik hisleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, girişim ve kontrol grupları arasında kadınların ve eşlerinin doğum sonu güvenlik hisleri açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ayrıca ağrı düzeyleri, adım sayıları, analjezi kullanımı veya sağlık kurumuna başvuru açısından da farklılık olmadığı saptanmıştır. Doğum sonu dönemde sağlık çalışanlarının anneleri arayarak sağlık durumları ile ilgili problem olup olmadığını sorgulamaları, yaşadıkları sorunlara yönelik bilgilendirme yapmaları ve bebek bakımına yönelik telefonda destek vermelerinin doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığı belirtilmiştir. Wiklund ve ark. (2018) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında; ebeveynlerin doğum sonu bakıma yönelik bilgi düzeyleri ve güvenlik duygusuyla ilgili deneyimlerini üç başlık altında kategorize etmiştir. Bunlar bakıma yönelik beklentiler, öz kaynaklar ve onaylanmadır. Ebeveynler, personellerin yargılayıcı olmayan bir tutum sergilemesini ve bireysel bakım almak istediklerini belirtmiştir. Çalışmanın sonucunda, bakımda sürekli liğin, tutarlılığın, aile merkezli bakımın, bireysel uyumun doğum sonu dönemde ebeveynlerin güvenlik hislerini etkileyen önemli bileşenler olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, taburculuk planlanmadan önce anne ve bebeğin fiziksel ve psikososyal iyilik hali değerlendirilerek taburculuk planlaması ebeveynler ile birlikte kararlaştırılmalıdır. Taburculuk sonrası herhangi bir sorun yaşandıda kime nasıl başvuru yapacakları konusunda bilgilendirme yapılarak ebeveynlerin güvenlik hisleri arttırılmalıdır (Persson ve ark., 2011; Persson ve ark., 2012; Toprak ve ark., 2017).

Annelerin doğum sonu güvenlik hislerini etkileyen faktörlerden biri de doğum deneyimidir. Multipar annelerin primipar annelere göre doğum sonu güvenlik hislerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Persson ve Dykes, 2009). İlk defa annelik deneyimi yaşayan kadınların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve özgüvenlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Kristensen ve ark., 2018). Özellikle ilk defa annelik deneyimi yaşayan kadınlar kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacak desteğe gereksinim duymaktadır (Kronborg ve ark., 2012). Bu nedenle sağlık profesyonelleri anne ve bebek bakımına yönelik konularda bilgilendirme yaparak annelerin öz güven duygularının artmasını sağlamalıdır (Longworth ve ark., 2015).

Doğum sonu güvenlik hislerini etkileyen faktörlerden biri de doğum öncesi dönemde verilen eğitim içeriklerinde doğum sonu döneme yönelik bilgilerin yetersiz olması veya hiç verilmemesidir (Axelsen ve ark., 2014; Shorey ve ark., 2015). Ebeveynler doğum süreci ile ilgili verilen eğitimlerden memnun olduklarını ancak ebeveynlik konusunda yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmadığını belirtmiştir. Ebeveynlik hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmayan ebeveynler, doğum sonu dönemde kendilerini güvende hissetmediklerini ifade etmiştir (Svensson ve ark., 2009; McFadden ve ark., 2017). Barimani ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada doğum öncesi eğitim sınıflarında ebeveynlerin doğum ve postpartum döneme yönelik bilgi almasının doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığını belirtmiştir. Doğum sonu güvenlik hissi olumlu olan ebeveynlerin doğum sonu döneme yönelik tecrübelerinin de olumlu olduğu belirtilmektedir (Persson ve Dykes, 2009). Doğum öncesi eğitim programlarında sadece annelere yönelik eğitim verilmemeli, babalarda eğitim sürecine dahil edilmelidir (Ahlden ve ark., 2012). Bu tür eğitim programlarında babaların eğitim sürecine dahil edilmesinin, emzirme ve bebek bakımına yönelik konularda bilgi sahibi olmasının, babalık rolüne ilişkin bilgilendirme yapılmasının annelerin doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığı belirlenmiştir (Rowe ve ark., 2013). Persson ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, doğumhanede eşin anneye destek olmasının, annenin kendisini daha güvende hissettiğini belirtmiştir. Antoniou ve ark. (2021) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında doğum sırasında eşler tarafından sağlanan desteğin annenin doğum sonu dönemde güvende hissetmesini sağladığını belirtmiştir. Ayrıca babanın hastanede kaldığı zaman diliminde bebeğin bakımına katılması ve sorumlulukların ebeveynler arasında paylaşılmasının da annenin güven duygusunu arttırdığını belirtmiştir. Gebelik döneminde, doğum sonu dönemde yaşanabilecek psikososyal sorunlar, çift ilişkisi ve ebeveynlik rollerine ilişkin bilgilendirme yapılmamasının anne ve babada güvensizlik hissine neden olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark., 2012). Bu nedenle annelerin doğum sonu dönemde kendini güvende hissedebilmesi için eğitim programlarına babaların da dahil edilmesi oldukça önemlidir (Entsieh ve Hallström, 2016). Axelsen ve ark. (2014) çiftlere verilen iletişim becerileri eğitiminin doğum öncesi ve doğum sonu döneme etkisini değerlendirmek amacıyla Danimarka’da yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, iletişim becerileri eğitiminin doğum öncesi ve doğum sonu dönemde eşler arasındaki iletişimi ve ebeveynlik sürecini olumlu etkilediğini saptamıştır. Fenwick ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada antenatal dönemde gebelere uygulanan psikoeğitim programlarının kadınların bilgi, beceri ve güven duygularını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir.

Persson ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, doğum sonu dönemde annenin sağlık durumu hakkında çok bilgilendirilme yapılmadığı, daha çok bebeğin sağlığına odaklanıldığını belirtmiştir. Annenin fiziksel sağlık durumu ve süreç hakkında bilgilendirilen annelerin kendilerini daha güvende hissettiğini belirtmiştir (Persson ve ark., 2011). Çin’ de yapılan bir çalışmada ilk defa annelik deneyimi yaşayan kadınlara doğum sonu dönemde yaşayabileceği zorlukların anlatılması gerektiği belirtilmiştir (Gao ve ark., 2012). Doğum sonu dönemde yaşayabileceği zorlukları bilmeyen kadınların ebeveynliğe geçiş sürecinde öz güven düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (Entsieh ve Hallström, 2016). Koçak ve ark. (2021a) yaptıkları çalışmada öz yeterlilik ile doğum sonu güvenlik hisleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Hjälmhult ve Lomborg (2012) yaptıkları çalışmada, doğum eyleminin fizyolojik bir süreç olarak değerlendirilmesi nedeniyle doğum sonu dönemde yeterli bilgi verilmediğini belirtmiştir. Bu durum annelerin kaygı ve korku hissetmelerine neden olmaktadır (Persson ve ark., 2011). Doğum sonu dönemde annelerin kendilerini çok yorgun ve stresli hissetmeleri nedeniyle kontrollere düzenli gitmedikleri görülmektedir. Bu nedenle, postpartum dönemde profesyonel bakım hizmetlerinin sunulması, sağlık personelleri tarafından ev ziyaretleri yapılarak annelerin bilgi ve bakım gereksinimlerinin giderilmesi güvenlik hislerini arttırmaktadır.

Doğum sonu dönemde annelerin %30,0’ ının emzirme sürecinde zorluk yaşadığı belirtilmektedir (Moore ve ark., 2012). Anne sütünün yeterli olmaması, sütün yeterli olmayacağına yönelik hissedilen korku, doğru emzirme tekniklerini bilmeme, bebeğin yeterli kilo almaması, bebeğin doymadığını düşünme emzirme sorunlarından bazılarıdır (Karaçam ve Sağlık, 2018). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) verilerine göre altı aydan küçük bebeklerin yalnızca % 41,0’ ının anne sütüyle beslendiği ve yaş ilerledikçe bu oranın azaldığı belirtilmiştir. Emzirme eğitimlerinin yeterli olmaması, eğitimlerde yeterli bilgi verilmemesi, annenin psikososyal sağlık durumu, düşük öz güven ve öz yeterlik algısı, destek kaynaklarının yetersizliği, ilk defa annelik deneyimi yaşama gibi durumlar annelerin emzirme konusunda güvensiz hissetmelerine neden olabilmektedir (Renfrew ve ark., 2012; Balogun ve ark., 2016; Durmazoğlu ve ark., 2021). Emzirme eğitimlerinin genellikle gebelik döneminde verilmesi, doğum sonu dönemde annelerin emzirme sürecini başlatmasında ve devam ettirmesinde sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Annenin emzirmede sorunlar yaşaması, annelik rolü konusunda kaygı hissetmesine ve duygusal olarak kendini kötü hissetmesine neden olmaktadır (Palmer ve ark., 2012; Gianni ve ark., 2019). Annenin hissettiği bu duygu güvenlik hissinde azalmaya neden olmaktadır. Annenin kendini güvende hissetmemesi

bebeğe karşı öfke duygusuna neden olabilmektedir. Bu durum anne bebek arasındaki etkileşimi olumsuz etkilemektedir (Palmer ve ark., 2014). Doğum sonu dönemde emzirme sürecinde eşlerin anneye destek olmaması güvenlik hissinin azalmasına neden olan diğer bir durumdur (Larsen ve Kronborg, 2013). Ozlüses ve Celebioglu (2014) yaptıkları çalışmada çalışma grubunu üçe ayırmıştır. İlk grupta anne ve babalara birlikte, ikinci grupta ise sadece annelere emzirme eğitimi verilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırma sonucunda, anne babalara birlikte emzirme eğitimi verilen grupta emzirme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada antenatal ve postpartum dönemde eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından klinik ortamda ve evde verilen emzirme eğitimlerinin, emzirmenin kesilmesinde azalmaya neden olduğu ve emzirme süresini arttırdığı belirlenmiştir (McFadden ve ark., 2017). Emzirme süreci ile ilgili annelerin kendilerini güvende hissetmeleri için sağlık profesyonelleri tarafından emzirme konusu ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirilerek eksik bilgileri eğitimler ile giderilmelidir. Emzirme konusunda doğru ve yeterli bilgiye sahip olan annelerin hastanede ve taburculuk sonrası süreçte kendilerini güvende hissettikleri belirtilmiştir (Persson ve ark., 2012; Barimani ve Vikström, 2015).

Annelerin doğum sonu dönemde güvensiz hissetmelerine neden olan diğer bir durum doğum şeklidir (Kvist ve Persson, 2009; Werner-Bierwisch ve ark., 2018; Koçak ve ark., 2021a). Koçak ve ark. (2021b) Konya’da yaptıkları çalışmada ebeveynlerin doğum sonu güvenlik hislerinin düşük olduğunu ve bu durumun sezaryen doğum oranlarında ki artışa bağlı olduğunu belirtmiştir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin ve ailenin bakım gereksinimleri daha fazladır. Sezaryen ile doğum yapan annelerin yaşadıkları fiziksel ağrı ve rahatsızlık nedeniyle doğum sonu dönemde emzirme konusunda daha fazla sorun yaşadıkları ve güvensiz hissettikleri belirtilmektedir (Karlström ve ark., 2007). Ayrıca sezaryen sonrası sütün geç gelmesi, annelerin stres düzeyini artırarak emosyonel açıdan yıpranmasına ve güvensiz hissetmelerine neden olmaktadır (Häggkvist ve ark., 2010; Hauck ve ark., 2011). Sezaryen doğum sonrası anne fiziksel olarak iyi hissetmesi, bebeğinin bakımını aktif olarak sağlayabilmesi için zamana ihtiyaç duymaktadır (Hassan ve Hamza, 2020). Sezaryen ile doğum yapmanın doğum sonu dönemde iki ay kadar fiziksel şikayetlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Eroğlu ve İrdem, 2016; OECD, 2019). Koçak ve ark. (2021a) yaptıkları çalışmada sezaryen ile doğum yapan, doğum sonu dönem ile ilgili bilgi eksikliği olan ve bebeğinin sağlığına yönelik kaygı yaşayan annelerin doğum sonu güvenlik hislerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak doğum sonu dönemde birçok maternal ve perinatal

komplikasyona neden olabilen sezaryen doğumun annelerde güvensizlik hissine neden olduğu belirtilmektedir (Koçak ve ark., 2021a; Koçak ve ark., 2021b).

Waldenström (2016) yaptığı çalışmada, ileri yaşta gebelik yaşayan kadınların gebelikte daha yoğun kaygı yaşadıklarını, doğum sonu dönemde ise daha fazla sorun yaşadıklarını belirtmiştir. İlk defa annelik deneyimi yaşayan kadınların düşük doğum ağırlıklı bebekleri olma ihtimali yüksektir. Bu durumlar ebeveynlerin doğum sonu dönemde kaygı hissetmelerine ve güven duygularının azalmasına neden olmaktadır (Yazıcı ve Dolgun, 2009).

Planlanmayan gebelikler ebeveynlerin kaygı, üzüntü, huzursuzluk ve endişe yaşamalarına neden olmaktadır (Nazik ve Eryilmaz, 2014). Persson ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada, antenatal dönemde gebenin yaşadığı kaygının, doğum sonu dönemde annenin güvenlik hislerini etkilediğini belirtmiştir. Perrson ve Kwist (2014) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde güvenlik hisleri puanının düşük olmasının depresyon ve anksiyete riski ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Doğum sonu dönemde güvenlik hislerini etkileyen diğer bir durum postpartum depresyondur. Doğum sonu depresyonun anne ve bebeğin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Nagy ve ark., 2011; Perrson ve Kwist 2014). Fathi ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde güvende hissetmeyen kadınların ilerleyen dönemlerde anksiyete ve depresyon açısından risk grubunda olduğunu belirtmiştir. Escribano ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada doğum sonu ilk iki haftalık zaman diliminde annelerin güvenlik hislerini etkileyen faktörleri saptamak ve güvenlik hissinin doğum sonu depresyona etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, annenin ve bebeğinin sağlıklı olmasının, sağlık personelleri tarafından yeterli ve doğru bilgilendirme yapılmasının, daha önce annelik deneyimi yaşanmasının ve annenin ilk haftada güvende hissetmesinin ilerleyen süreçlerde depresyon riskini azalttığını belirlemiştir. Bu nedenle sağlık personelleri doğum sonu dönemde postpartum depresyon riskini azaltmak ve annenin psikososyal sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla gebelik ve doğum sonu dönemde güvenlik hislerini arttırmaya yönelik uygulamalarda bulunmalıdır.

Doğum sonu dönemde güvenlik hissini etkileyen durumlardan biri de annenin doğum algısıdır. Mukamurigo ve ark. (2017) son bir yıl içerisinde doğum yapan annelerin doğum deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; doğum sırasında sağlık personeline karşı hissedilen güvenin, yeterli bilgilendirme yapılmasının, psikososyal destek sağlanmasının, eş desteğinin, doğum sonu dönemde ten tene temasın sağlanmasının doğum algısını olumlu etkilediğini saptamıştır. Olumsuz doğum deneyimi yaşayan kadınların doğum

sonu dönemde negatif duygulara sahip olduğu ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Olumsuz doğum deneyimi, kadınlarda istenmeyen gebeliklere, posttravmatik stres bozukluğuna, doğum sonu depresyona, anne-bebek bağlanmasında sorunlara, emzirme problemlerine neden olabilmektedir (Yılmaz ve Başer, 2017). Doğumdan kısa bir süre sonra anne bebek arasındaki etkileşimin doğum sonu 6-12 ay sonrasında çocuğun güvenli veya güvensiz bağlanmasını etkilediği belirtilmektedir (Lonstein, 2007). Doğum sırasında yaşanan fiziksel ve duygusal deneyimlerin doğum sonu güvenlik hissini etkilediği belirtilmektedir (Werner-Bierwisch ve ark., 2018). Aksoy Derya ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada doğum deneyimini olumlu algılayan annelerin doğum sonu güvenlik hislerinin pozitif yönde etkilendiğini belirtmiştir. Özellikle doğum sırasında ve doğumun ağrı dönemindeki pozitif algının doğum sonu dönemde güvenlik hissini arttırdığını saptamıştır. Güvende hissetme duygusu, doğum sonu dönemde ebeveynlik rollerine uyumu etkilemektedir (Werner-Bierwisch ve ark., 2018). Ebeveynlik, yeni rol ve sorumlulukların üstlenildiği, değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Doğum sonu ilk haftada birçok ebeveynin bebek bakımına yönelik kaygı, korku, belirsizlik ve sorumluluk duyguları yaşadığı belirtilmektedir (Velagic ve ark., 2019). Kara ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada babaların yarısından fazlasının bebek bakımına yönelik konularda bilgi ve tecrübeye sahip olmadığı, bilgi düzeyleri arttıkça babalık rolüne uyum sürecinin kolaylaştığını belirtmiştir. Evcili ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada kadınların %90,7' sinin annelik rolüne hazır hissettiğini belirtmiştir. Bu durumu eşler arasındaki olumlu iletişimin, planlı gebeliğin ve yeterli sosyal destek düzeyinin olumlu etkilediğini saptamıştır. Ayrıca annelik rolüne hazır hisseden kadınların öz güvenlerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Doğum sonu dönemde annelerin güvenlik hislerini etkileyen durumlardan biri de bebeğin cinsiyetidir. Koçak ve ark. (2021b) yaptıkları çalışmada erkek bebeğe sahip olan annelerin güvenlik duygusunun daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu durumun Türk toplumunda erkek çocuk sahibi olmanın soyun devamını sağladığı, annenin statüsünü ve değerini arttırdığı düşüncesinden kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Yağmur ve ark., 2019).

2.6.2. Doğum sonu dönemde güvenlik hissini gelişmesinde hemşirenin rolü

Doğum sonu bakımda amaç; anne ve yenidoğanın sağlığını korumak, geliştirmek, fizyolojik ve psikososyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına destek olmak, ailenin fiziksel ve psikososyal açıdan sürece uyum sağlamasına rehberlik etmektir (WHO, 2022). Annenin bu süreci sağlıklı yönetebilmesi ve yeni rolüne uyum sağlayabilmesi için kendini güvende

hissetmesi oldukça önemlidir. Bu noktada sağlık profesyonellerine özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Gürcüoğlu Arslan ve Vural, 2018).

- Postpartum erken dönemde ebeveynlerin güvenlik hislerini etkileyen risk faktörlerinin saptanması (Koçak ve ark., 2021b)
- Postpartum erken dönemde, annelerin bebek bakımı konusunda desteklenerek annelik rolünün güçlendirilmesinin sağlanması (Mercer, 2006)
- Anne, eşi ve yakınları ile yargılamayan, olumlu, yapıcı ve anlayışlı bir dil kullanılması (Hildingsson ve Thomas, 2007; McLachlan ve ark., 2008)
- Doğum sonu dönemde annenin sağlık durumu konusunda bilgilendirilmesi, yaşadıkları problemlere yönelik çözüm yollarının sunulması (Wilkins, 2006; Hildingsson ve Thomas, 2007; Persson ve ark., 2011)
- Annenin güvende ve güçlü hissetmesini sağlamak amacıyla doğru yaptığı uygulamaların sağlık profesyonelleri tarafından onaylanması ve desteklenmesi (Persson ve ark., 2012; Barimani ve Vikström, 2015)
- Doğum sonu bakımda sadece bebeğin ihtiyaçlarına odaklanmak yerine, annenin ve tüm ailenin ihtiyaçlarına odaklanılarak aile merkezli bakım hizmetinin sunulması (Wiklund ve ark., 2018)
- Annenin yaşadığı kaygıları paylaşması sağlanarak anne ile iletişimin sürdürülmeye devam edilmesi (Ellberg ve ark., 2010; Persson ve ark., 2011)
- Gebelik, doğum ve postpartum tüm süreçlerde bilgi eksikliklerinin giderilmesi (Andersson ve ark., 2012; Axelsen ve ark., 2014; Shorey ve ark., 2015)
- Emzirme süreci ile ilgili yaşanan sorunların belirlenip, ihtiyaçları doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmetinin sağlanması (Fenwick ve ark., 2010; Persson ve ark., 2012; Barimani ve Vikström, 2015)
- Doğum sonu döneme özgü fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bireyselleştirilmiş ve nitelikli bakım hizmetlerinin sunulması (Velagic ve ark., 2019; Koçak ve ark., 2021b)
- Doğum sonu dönemde anneye eşi, ailesi ve sosyal destek kaynakları tarafından fiziksel ve emosyonel desteğin sağlanması (Şahin ve ark., 2014)
- Doğum sonu döneme yönelik bilgilendirmelerin yapıldığı doğuma hazırlık eğitim programlarına babaların da katılımının sağlanması (Persson ve ark., 2012)
- Doğum sonu dönemde bakım sürecine babanın da aktif katılımının sağlanması (Persson ve Dykes, 2009)

- Doğum sonu dönemde taburculuk sürecinin ebeveynler ile birlikte kararlaştırılması (Persson ve ark., 2011; Persson ve ark., 2012; Toprak ve ark., 2017).
- Doğum sonu dönemde ebeveynlerin sağlık personelleri ile kolay iletişim kurabilmesinin sağlanması ve taburculuk sonrası süreçte ev ziyaretleri yapılarak ve telefonla destek sağlanarak bakımda sürekliliğin sağlanması (Güleç ve ark., 2014; Fahlbeck ve ark., 2022).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize, son test-kontrol gruplu, paralel grup deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, Konya ili kent merkezinde yer alan, bir üniversite hastanesinin gebe polikliniğine başvuran ve uygunluk için değerlendirilen 438 gebe, çalışma grubunu ise araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 96 gebe oluşturmuştur.

Çalışma grubu büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.9.7 paket programı kullanılmıştır. Çalışma grubu büyüklüğü Power analizi ile çift yönlü p değeri doğrultusunda belirlenmiştir. Çalışmada primer parametre olarak doğum korku düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B versiyonları puan ortalamaları esas alınmıştır. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B versiyonları puan ortalamalarının primer parametre olarak esas alınmasının nedeni, girişim grubuna müdahalede uygulanan çözüm odaklı yaklaşım programı içeriğinin doğum korkusuyla baş etmeye yönelik olarak hazırlanmasıdır. Çalışmada primer çıktı doğum korku düzeyidir. Çalışma verisi olarak Gökçe İsbir ve ark. (2016)'nın "The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: An experimental study" başlıklı makalesi hesaplama için esas alınmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Çalışma grubunun hesaplanmasında esas alınan ölçek puanları

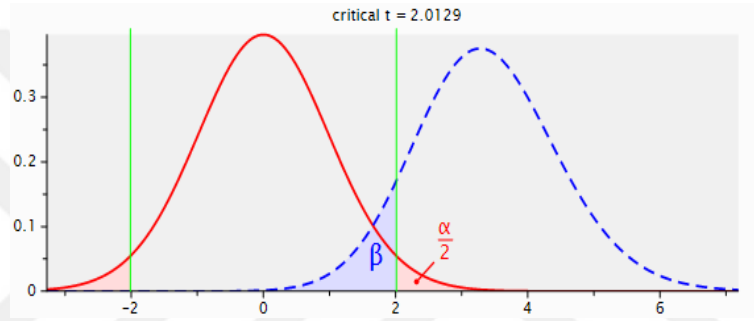
Grup	Eğitim öncesi (W-DEQ) A	Eğitim sonrası (W-DEQ) B	Fark
	Ort±Ss (n)	Ort±Ss (n)	
Girişim grubu	66,8 ± 23,7 (n:44)	25,5 ± 18,2 (n:14)	+41,3±5,5
Kontrol grubu	58,3±25,8 (n:46)	46,8±25,4 (n:8)	+11,5±0,4
Anlamlılık	p= 0,10	p= 0,03	

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Referans alınan çalışmada etki büyüklüğü 0,96, alfa düzeyi 0,05, beta düzeyi 0,90 olacak şekilde hesaplandığında girişim grubu için 24, kontrol grubu için 24 olmak üzere toplam 48 olgunun istatistiksel analizler için uygun olduğu belirlenmiştir. Literatürde konu ile ilgili yapılan deneysel çalışmalarda, %10 ile %50 arasında denek kaybı olduğu saptanmıştır

(Gökçe İsbir ve ark., 2016; Kizilirmak ve Başer, 2016; Karabulut ve ark., 2016; Boz ve ark., 2021; Mortazavi ve ark., 2021). Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum oranlarında artış olduğu görülmektedir. OECD (2019) tarafından yayınlanan sağlık istatistikleri verilerine göre, diğer ülkeler arasında %53,1 sezaryen oranı ile ilk sırada yer alan Türkiye’ de sezaryen oranlarında çarpıcı bir artış olduğu belirtilmiştir. T.C Sağlık Bakanlığı 2021 yılında Türkiye’ de sezaryen oranının %58,4 olduğunu bildirmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2021). Literatürde yapılan çalışmalarda kayıp oranları ve ülkemizdeki sezaryen oranları dikkate alındığında; girişim grubuna 48, kontrol grubuna 48 olmak üzere toplam iki katı oranında gebe alınmasına (96 gebe) karar verilmiştir.



Şekil 3.1. G Power 3.1.9.7 programı ile yapılan güç analizi

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.9615385
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.90
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.3308671
	Critical t	= 2.0128956
	Df	= 46
	Sample size group 1	= 24
	Sample size group 2	= 24
	Total sample size	= 48
	Actual power	= 0.9033018

3.2.1.Araştırmaya dahil etme kriterleri

- En az ilköğretim eğitimini tamamlayan (Çözüm odaklı yaklaşım programında verilen ev ödevlerini yapabilecek eğitim seviyesine sahip olduğu düşünülen gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.)

- Türkçe konuşabilen, anlayabilen ve yazabilen,
- 18-35 yaş arası (18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebeler maternal ve fetal açıdan riskli gruplar arasında yer aldığından tercih edilmemiştir.)
- Konya il sınırında ikamet eden (Çalışma kapsamında dört oturum Çözüm Odaklı Yaklaşım programı uygulanması ve doğum sonu dönemde hastane ziyareti yapılması nedeniyle, Konya il sınırında ikamet eden gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.)
- Vajinal doğum yapmak için herhangi bir engeli olmayan,
- Spontan gebe kalan,
- Son adet tarihine göre 32. gebelik haftasında olan gebeler alınmıştır. (Doğum korkularının son trimesterde daha yoğun yaşanması nedeniyle 32. gebelik haftasında olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.)

3.2.2.Araştırmadan dışlama kriterleri

- Herhangi bir riskli gebelik öyküsü olan (Preeklemsi, çoğul gebelik, plasenta previa, gestasyonel diyabetüs mellitüs, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos vb.),
- Sistemik ve/veya nörolojik hastalığı olan,
- Sezaryen endikasyonu olan,
- Kronik ve/veya psikiyatrik sağlık sorunu olan (özbildirim ve klinik tanı durumuna dayalı),
- Herhangi bir doğuma hazırlık eğitim programına katılan gebeler alınmamıştır.

3.2.3.Araştırma dışı bırakma kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında tıbbi endikasyon nedeniyle sezaryen planlanan,
- Eğitim programının en az üç oturumuna katılım sağlamayan (Araştırma dışı bırakılan gebelerin tamamı ITT analizine dahil edilmiştir.)
- Araştırmanın herhangi bir aşamasında gebelik süreci riske giren (Preeklemsi, plasenta previa, gestasyonel diyabetüs mellitüs, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos vb.),
- İl dışında doğum yapan,
- Doğumdan sonraki süreçte ilk 24 saat içinde görüşülemeyen gebeler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.2.4.Randomizasyon

Randomizasyon listesi araştırmada direkt bir rolü olmayan araştırmacı dışındaki bir istatistik uzmanı tarafından oluşturulmuştur. Oluşturulan randomizasyon listesi araştırmacı ve katılımcılardan gizlenmiştir. Katılımcıların randomizasyon listesine göre blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol gruplarına atanması katılımcıların isimlerini ve özelliklerini bilmeyen tez dışından bir öğretim elemanı tarafından yapılmıştır. Öğretim elemanı tarafından

oluşturulan grup dağılımı, önceden hazırlanan numaralı opak zarflar içerisinde araştırmacıya teslim edilmiştir. Araştırmaya katılmayı düşünen her katılımcıya araştırma ile ilgili genel bilgilendirme yapılmış, araştırmaya dahil edilme (uygunluk) kriterleri değerlendirilmiş, uygunluk kriterlerini sağlayan katılımcıların onamı alınarak ön testler uygulanmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından numaralı opak zarf açılarak deneğin hangi grupta olduğu belirlenmiştir. Müdahaleye başlayıncaya kadar katılımcıların hangi grupta yer aldıkları ile ilgili bilgilendirme yapılmamıştır. Araştırmada her iki grupta yer alan katılımcı sayısının eşit olması için blok randomizasyon (dörtlü blok) yöntemi uygulanmıştır. Uygunluk kriterlerini sağlayan 96 katılımcı, girişim ve kontrol gruplarına 48’ er gebe olarak randomize atanmıştır (Şekil 3.1.) Randomizasyon aşaması, CONSORT 2017 (Consolidated Standards of Reporting Trials-Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) rehberine göre oluşturulmuştur (Boutron ve ark., 2017). Çalışmanın girişim ve kontrol grubu Consort akış şeması Şekil 3.4.’ te yer almaktadır. Araştırmada random atama ve randomizasyon sürecinin gizlenmesi ile seçim yanlılığının kontrol edilmesi sağlanmıştır.

3.2.5.Blok büyüklüğü

Her bloktaki denek sayısı dört olarak belirlenmiştir. Literatürde iki grup (girişim ve kontrol) olduğunda blokların büyüklüğünün 2, 4, 6, ... şeklinde olması gerektiği önerilmektedir (Kanıık ve ark., 2011).

3.2.6.Kombinasyon olasılıkları

Dört kişilik bloktan iki grup oluşturulduğunda altı olasılık oluşmaktadır.

(Hangi harfin girişim veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlenmiştir. Çekilen kura sonrası A harfinin girişim grubuna, B harfinin kontrol grubuna dahil edilmesine karar verilmiştir.)

A=Girişim Grubu

B=Kontrol Grubu



Hangi bloğa (1-6 arasında) hangi sayının verileceği kura yöntemi ile belirlenmiştir.

Araştırmada 96 gebenin dört kişilik bloklara atanabilmesi için 24 tane blok oluşturmamız gerekmektedir. Altı olasılık olduğu için bir ile altı arasında <https://www.random.org/> sitesi kullanılarak rastgele 24 sayı üretilmiştir. Random.org sitesine göre bir ile altı arasında

oluşturulan sayılar (1, 6, 3, 5, 2, 2, 3, 1, 2, 1, 3, 2, 3, 4, 2, 1, 5, 3, 4, 3, 2, 4, 4, 6) aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil 3.2.).

RANDOM.ORG Uses Cookies

We use cookies to remember your preferences and to analyze our traffic. We do not carry ads and will never sell your data to third parties.

☒ Necessary ☐ Preferences ☐ Statistics

Please see our [Cookie Policy](#) or visit our [Privacy Dashboard](#) for more information.

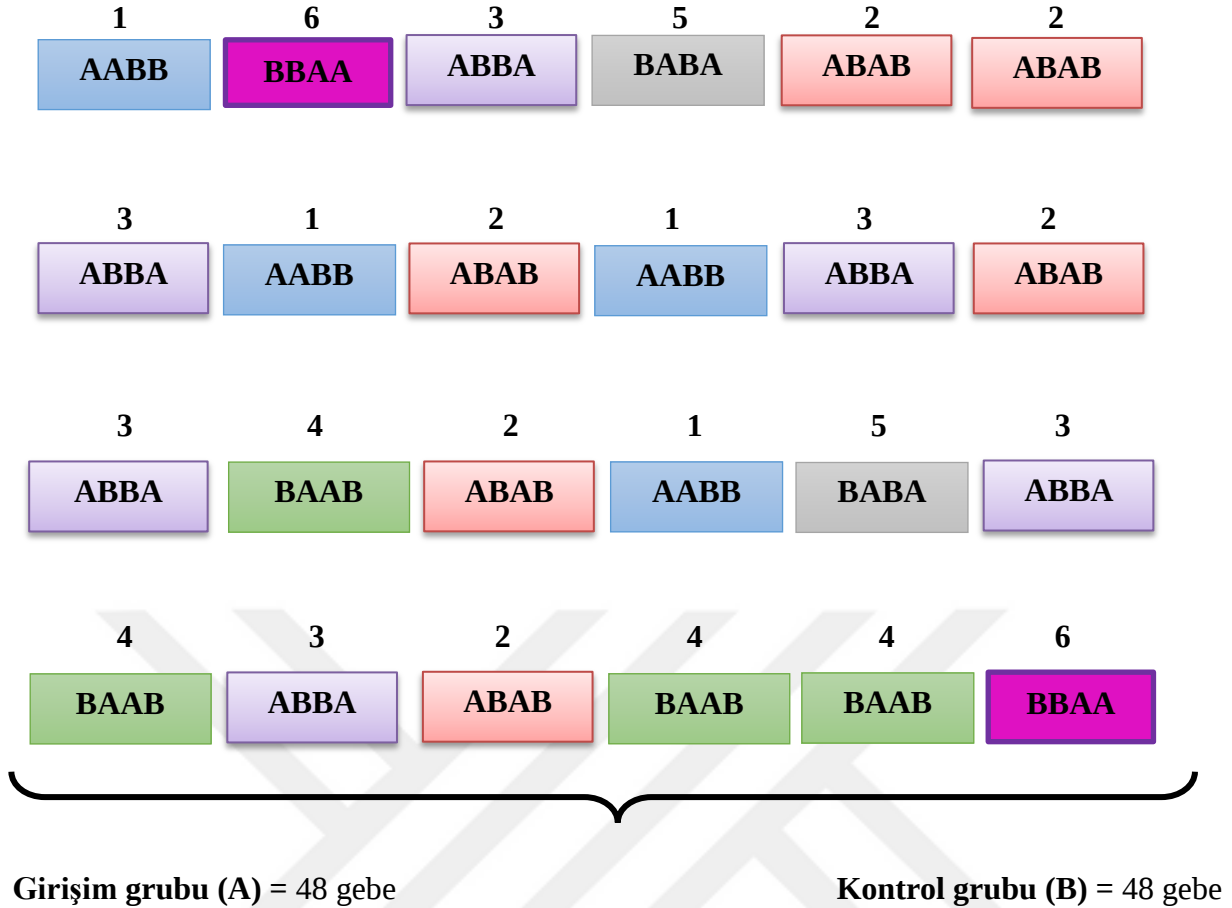
Allow Selected Allow All

Random Integer Generator

Here are your random numbers:

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

Şekil 3.2. Random.org sitesine göre 1 ile 6 arasında oluşturulan bloklar

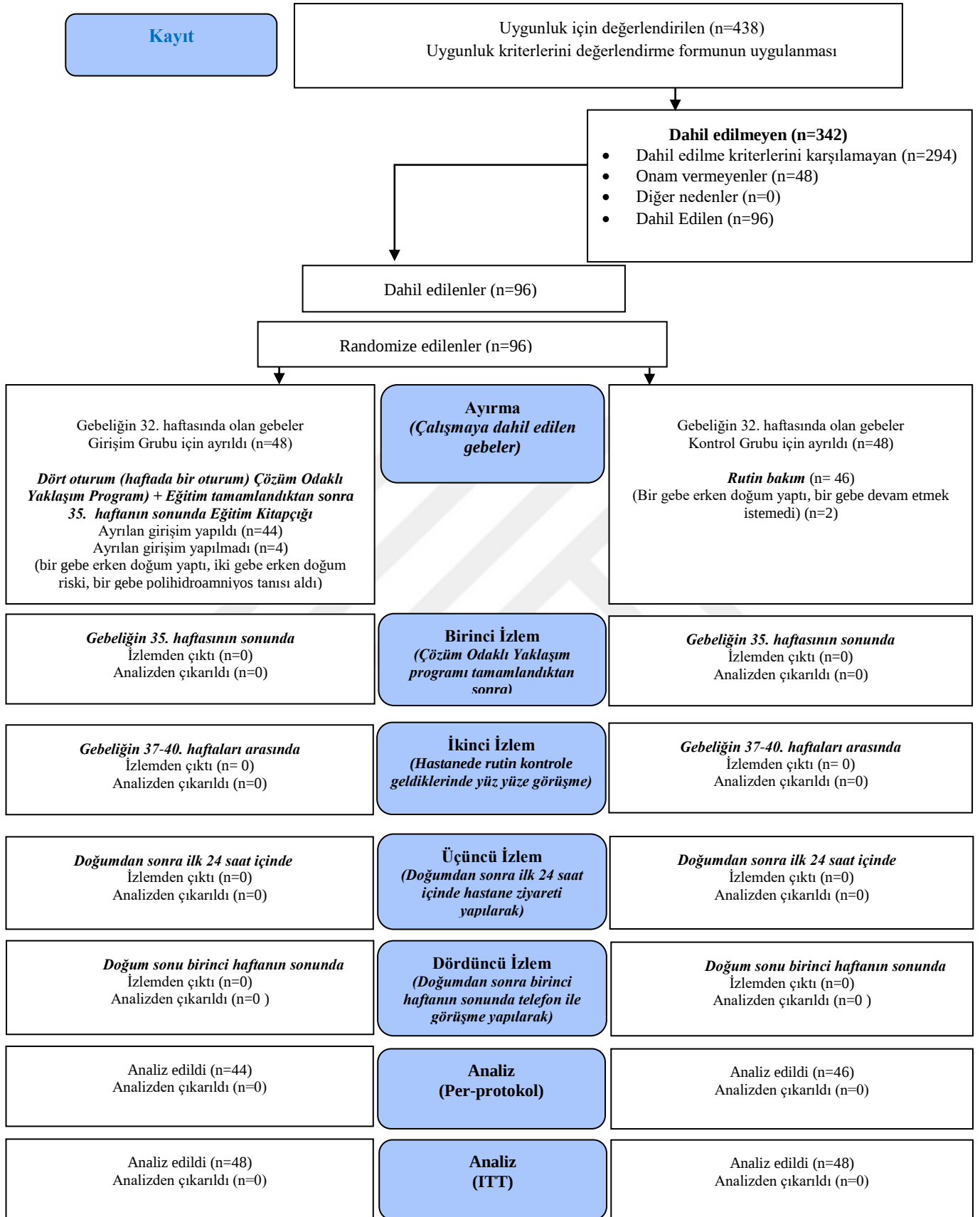


Şekil 3.3. Blok randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubunun oluşturulması

3.2.7.Körleme

Bu randomize kontrollü araştırmada, girişim grubuna uygulanan müdahalenin özel eğitilmiş bir araştırmacı tarafından uygulanması gerektiğinden, girişimler çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu nedenle araştırmacı körlemesi yapılamamıştır. Girişim grubundaki katılımcılara dört oturum Çözüm Odaklı Yaklaşım programı uyguladığından katılımcı körlemesi de yapılamamıştır. Sonuç ölçümlerinde biası önlemek için verilerin kodlanması, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden körleme yapılmıştır. Veriler X ve Y şeklinde araştırmada yer almayan bir kişi tarafından kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. X ve Y şeklinde kodlanmış olan gruplara ait verilerin analizi bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. İstatistiksel analizler yapıldıktan ve araştırma rapor yazımı tamamlandıktan sonra verileri bilgisayar ortamına aktaran kişi tarafından girişim ve kontrol grubu için yapılan kodlamalar açıklanmıştır. Verilerin kodlanması, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden körleme yapılması ile saptama yanlılığı, istatistiksel yanlılık ve raporlama yanlılığının kontrol edilmesi sağlanmıştır.

CONSORT 2017 Akış Diyagramı



Şekil 3.4. Primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisi: randomize kontrollü çalışmanın girişim ve kontrol grubu CONSORT (2017) akış şeması

3.2.8.Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Gebelerin (W-DEQ) A versiyonu ölçeği puan ortalamaları,
- Gebelerin (W-DEQ) B versiyonu ölçeği puan ortalamaları,
- Gebelerin GPSDÖ puan ortalamaları,
- Gebelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkeni

- Çözüm Odaklı Yaklaşım müdahalesi

3.3. Veri Toplama Araçları ve/veya Teknikleri

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK 2), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu (EK 3), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu (EK 4) ve Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (EK 5) kullanılmıştır.

3.3.1.Tanıtıcı bilgi formu (EK 1): Literatürden yararlanılarak geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu, sosyo-demografik özelliklerle ilgili 11 ve obstetrik özelliklerle ilgili 5 olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmaktadır (Waldie ve ark., 2015; Rwakarema ve ark., 2015; Ratcliff ve ark., 2015; Kizilirmak ve Başer, 2016; Karabulut ve ark., 2016; Gökçe İsbir ve ark., 2016; Mohamad Yusuff ve ark., 2016; Mete ve ark., 2017; Fenwick ve ark., 2018; Uçar ve Golbasi, 2019). Sosyo-demografik özellikler olarak; gebenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, evlenme yaşı, evlilik süresi, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence, aylık gelir algısı, aile tipine dair sorulardan oluşmaktadır. Obstetrik özellikler ile ilgili olarak; istenen bebek cinsiyeti, gebeliğin planlı olma durumu, gebelikte kontrole gitme durumu, şu ana kadar gidilen kontrol sayısı ve gebelik süresince yardım/destek alma durumuna dair sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2.Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği (GPSDÖ) (EK 2): Yıldız (2011) tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenirliği yapılan ölçek, gebelikte psikososyal sağlığı bütün olarak değerlendirmektedir. GPSDÖ, toplam 46 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt grupları (faktörler), psikososyal sağlığı etkileyen durumlar bakımından problem olup olmadığını göstermektedir.

Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 32 ve 34. sorular gebelik ve eş ilişkisine ait özellikleri belirleyen toplam 13 maddeyi içermektedir.

Kaygı ve strese ait özellikler: 9, 10, 11, 12, 36, 37, 38 ve 40. sorular kaygı ve strese ait özellikleri belirleyen toplam 8 maddeyi içermektedir.

Aile içi şiddete ait özellikler: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 43. sorular aile içi şiddete ait özellikleri belirleyen toplam sekiz maddeyi içermektedir.

Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler: 16, 17, 28, 29, 30, 41 ve 45. sorular psikososyal destek gereksinimine ait özellikleri belirleyen toplam yedi maddeyi içermektedir.

Ailesel özellikler: 31, 33, 35 ve 42. sorular gebe ile ailesi arasındaki ilişkiye yönelik ailesel özellikleri belirleyen toplam dört maddeyi içermektedir.

Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler: 13, 14, 15, 39, 44 ve 46. sorular gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikleri belirleyen toplam altı maddeyi içermektedir.

GPSDÖ beşli likert tipinde bir ölçektir. Bu ölçekte totalde alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230' dur. Ölçekte 29 maddede 1=Çok fazla, 2=Fazla, 3=Orta, 4=Az, 5=Hiç şeklinde puanlandırılmakta, 17 madde de ise (1, 2, 3, 5, 6, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 33, 34, 35, 42) 5=Çok fazla, 4=Fazla, 3=Orta, 2=Az, 1=Hiç şeklinde puanlandırılarak kodlanmaktadır. Ölçekte belirlenen toplam puanın madde sayısına bölünmesi sonucu ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında puan bulunur. "1" psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu "5" de çok iyi olduğunu göstermekte ve puanlar hangi yöne yaklaşırsa değerlendirme o bağlamda yorumlanmaktadır. Temelde düşük psikososyal sağlık "1", psikososyal sağlığın çok iyi olması "5" ile ifade edilmektedir. Bu puanlama ölçeğin totali ve de alt grupları açısından da aynıdır. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,93 olarak belirtilmiştir (Yıldız, 2011). Bu araştırmada, kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach's alfa değeri, eğitim öncesinde 0,86, eğitimden hemen sonra 0,90 ve 37-40. gebelik haftasında 0,92 olarak hesaplanmıştır.

GPSDÖ değerlendirmesinde puan aralıkları

- $\leq 1.79 \rightarrow$ Çok düşük (çok kötü)
- $1.80 \text{ } \rightleftharpoons \text{ } 2.59 \rightarrow$ Düşük (kötü)
- $2.80 \text{ } \rightleftharpoons \text{ } 3.39 \rightarrow$ Orta
- $3.40 \text{ } \rightleftharpoons \text{ } 4.19 \rightarrow$ İyi
- $\geq 4.20 \text{ } \rightleftharpoons \text{ } 5 \rightarrow$ Çok iyi

3.3.3. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (W-DEQ) A versiyonu (EK 3): Kadınların gebelikte yaşadığı doğum korku düzeyini ölçmek amacı ile Wijma ve Klaas tarafından 1998 yılında İsveç' te geliştirilmiş olan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu, Korukcu ve ark. (2012) tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach's alfa değeri nulliparlarda 0,89, multiparlarda 0,99 ve toplam grupta 0,93 olarak

belirlenmiştir (Wijma ve ark., 1998). Korukcu ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada Cronbach's alfa değerinin primipar gebelerde 0,88, multipar gebelerde 0,90 olduğunu saptamıştır. Bu araştırmada, kullanılan ölçeğin ölçüm zamanlarına göre Cronbach's alfa değeri eğitim öncesinde 0,91, eğitimden hemen sonra 0,97 ve 37-40. gebelik haftasında 0,97 olarak hesaplanmıştır.

(W-DEQ) A versiyonu 33 maddeden oluşmaktadır. Altılı likert tipinde olan ölçekteki yanıtlar 0' dan 5' e kadar numaralandırılmaktadır. 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 165' tir. Puanının yüksek olması doğum korkusunun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Kesme noktası 85' tir. 85 ve üzeri puan, klinik düzeydeki doğum korkusunu göstermektedir (Korukcu ve ark., 2012).

- 0-37 puan = hafif düzeyde korku
- 38-65 puan = orta düzeyde korku
- 66-84 puan = şiddetli düzeyde korku
- 85 ve üzeri puan = klinik düzeyde korkuyu göstermektedir.

3.3.4.Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (W-DEQ) B versiyonu (EK 4): Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu, Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından doğum sonrası kadınların doğum korkusunu ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (Wijma ve ark., 1998). (W-DEQ) B versiyonunun Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Korukcu ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçekte Cronbach's alfa değerinin hem nulliparlarda hem de multiparlarda 0,87 olduğu saptanmıştır (Wijma ve ark., 1998). Korukcu ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada Cronbach's alfa değerinin 0,84 olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada, kullanılan ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin doğum sonrası ilk gün uygulanması önerilmektedir. Bu çalışmada da ölçek, kadınlara doğum sonrası ilk 24 saat içinde uygulanmıştır. 32 maddeden oluşan ve altılı likert tipinde olan ölçekteki yanıtlar 0' dan 5' e kadar numaralandırılmaktadır. 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 30) ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 160' dır. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır (Korukcu ve ark., 2016). Ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar;

- **Kasılmalara ilişkin kaygılar** (1, 2, 6, 11, 16, 17, 18, 23); 0-40 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğum kasılmalarına ilişkin hatırladığı kaygıların arttığını,
- **Olumlu davranışlarda yetersizlik** (24, 25, 26, 30); 0-20 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğum sırasında sergilediği olumlu davranışlardaki yetersizliğin arttığını,
- **Yalnızlık** (3, 7, 10, 14, 19, 21, 22); 0-35 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğumda hatırladığı yalnızlık duygusunun arttığını,
- **Olumlu duygularda yetersizlik** (4, 5, 8, 9, 12, 13, 17, 20); 0-40 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğumla ilgili olumlu duyguların azaldığını,
- **Doğuma ilişkin kaygılar** (27, 28, 29); 0-15 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, doğuma ilişkin hatırladığı kaygıların arttığını,
- **Bebeğe ilişkin kaygılar** (31, 32); 0-10 arası puanlanan bu alt boyutta puan artışı, bebekle ilgili hatırladığı kaygının arttığını göstermektedir (Korukcu ve ark., 2016).

3.3.5. Annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği (EK 5): Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği, annelerin doğum sonu ilk haftada güvenlik hislerini saptamak amacıyla Eva K Persson ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Geçkil ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 18 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 1=Hiç Katılmıyorum, 2=Biraz Katılıyorum, 3=Oldukça Çok Katılıyorum, 4=Tamamen Katılıyorum olmak üzere 4' lü likert şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek puanlaması yapılırken 7., 8., 9. ve 11. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin toplamından katılımcıların alabileceği en düşük puan 18, en yüksek puan ise 72' dir. Ölçeğin dört alt boyutu; "Güçlendirici Davranış" (1, 2, 3, 4, 5,6), "Genel İyiilik" (7, 8, 9, 10, 11), "Aile Bağları" (12, 13, 14, 15) ve "Emzirme Davranışı" (16, 17, 18) boyutlarından oluşmaktadır. Yüksek puanlar annelerin doğum sonu döneme ait kendi güvenlik hislerinin iyi olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak belirtilmiştir (Geçkil ve ark., 2016). Bu araştırmada, kullanılan ölçeğin Cronbach' s alfa değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, 7 Aralık 2019 tarihinde Psikiyatri Hemşireliği Derneği ve Lokman Hekim Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen *Değişimde Anahtar: Motivasyonel Görüşme Kursu' na* (EK 6), Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) tarafından 15-16 Şubat 2020 tarihleri arasında düzenlenen iki günlük (20 saatlik) *Çözüm Odaklı Psikoterapi Eğitimi' ne* (EK 7), 29-30 Mayıs 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından düzenlenen *20. Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu' na* (EK 8), 9-11

Şubat 2021 tarihlerinde Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sürekli Eğitim Merkezi tarafından düzenlenen *Randomize Kontrollü Deneyler Kursu' na* (EK 9) katılmıştır.

Araştırma üç aşamada yürütülmüştür. Birinci aşama, hazırlık aşamasıdır. Bu aşamada “Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı” ve “Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı” geliştirilmiştir. İkinci aşamada ön uygulama yapılmıştır. Üçüncü aşamada ise Çözüm Odaklı Yaklaşım programı uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

3.4.1.Birinci aşama: Araştırmanın hazırlık aşaması

Çözüm odaklı yaklaşım programı (EK 10)

Çözüm Odaklı Yaklaşım programı, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Aslani ve ark., 2017; Ramezani ve ark., 2017; Sharifzadeh ve ark., 2018; Ateş, 2018; Sklare, 2018; Yağcı ve Duyan 2020; Karrabi ve ark., 2019; Dinmohammadi ve ark., 2021; Mortazavi ve ark., 2021; Kaya ve Guler, 2022) geliştirilmiştir. Programın kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla çözüm odaklı yaklaşım alanında çalışan uzmanlardan görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda programa son şekli verilmiştir.

Doğuma hazırlık eğitim kitapçığı (EK 11)

Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Bu rehberde, Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı kapsamında tartışılan; Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler, Doğumun Başladığını Gösteren Belirtiler, Korku-Gerginlik-Ağrı Çemberi, Doğumda Beden-Zihin Bağlantısı, Hormonlar ve Doğumdaki Roller, Doğum Eyleminin Aşamaları, Nefes Egzersizleri, Doğum Sırasında Kullanılacak Pozisyonlar ve Doğum Eylemine Etkileri, Doğumda Masaj Uygulaması, Anne-Bebek Dostu Sezaryen ve Gevşeme Egzersizi konuları yer almıştır. Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı' nın kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında çalışan uzmanlardan görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda, Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı' na son şekli verilmiştir. Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı girişim grubunda yer alan gebelere uygulama tamamlandıktan sonra (35. gebelik haftasının sonunda) verilmiştir.

3.4.2.İkinci aşama: Araştırmanın ön uygulaması

Çözüm Odaklı Yaklaşım Programının (EK 10) ve Doğuma Hazırlık Eğitim Kitapçığı' nın (EK 11) uygunluğunu ve kullanılabilirliğini saptamak amacıyla dört gebe ile 23 Ağustos-13 Eylül 2021 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu programda ve kitapçıkta herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamında alınan gebeler, çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

3.4.3.Üçüncü aşama: Araştırmanın uygulanması

Girişim ve kontrol gruplarının oluşturulmasında aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

- Polikliniğe gelen gebelerle poliklinik muayenelerini beklerken tanışılıp, araştırmaya katılmayı düşünen her katılımcıya araştırma ile ilgili genel bilgilendirme yapılmıştır.
- Daha sonra araştırmaya dahil edilme (uygunluk) kriterlerleri değerlendirilmiş, uygunluk kriterlerini sağlayan katılımcıların sözlü ve yazılı onamı alınarak ön testler (W-DEQ) A versiyonu ve (GPSDÖ) uygulanmıştır.
- Daha sonra araştırmacı tarafından numaralı opak zarf açılarak, deneğin hangi grupta olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gebelik sürecinde ve doğum eyleminden sonra (doğum sonu ilk 24 saatte ve birinci haftanın sonunda) değerlendirilebilmesi için gebelerle ilk görüşmede araştırmacının telefon numarası verilerek, doğum gerçekleştikten sonra (ilk 24 saat içinde) araştırmacıya haber vermeleri istenmiştir. Ayrıca gebeler, tahmini doğum tarihinden yaklaşık bir hafta önce araştırmacı tarafından aranarak, doğumlarını bildirmeleri hatırlatılmıştır.
- Girişim grubuna dört oturum Çözüm Odaklı Yaklaşım Programı (EK 10) uygulanmıştır. Kontrol grubu rutin bakım almıştır. Girişim grubuna uygulanan ölçüm araçları eş zamanlı olarak kontrol grubuna da uygulanmıştır.

Girişim grubuna uygulanan müdahale

- Girişim grubunda yer alan gebelere dört oturum (dört hafta boyunca, haftada bir oturum olacak şekilde) Çözüm Odaklı Yaklaşım programı uygulanmıştır. Her oturum yaklaşık 90 dakika devam etmiştir. Program üç-dört kişilik gruplar halinde uygulanmıştır.
- İlk oturuma gebeliğin 32. haftasında başlanmış, 35. gebelik haftasının sonunda program tamamlanmıştır. Girişim grubuna uygulanan müdahale içeriği (EK 10)' da yer almaktadır.
- Program tamamlandıktan sonra girişim grubundaki gebelere, doğuma kadar öğrendikleri bilgileri tekrar edebilmeleri için araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ve katılım belgesi (EK 12) verilmiştir. Çözüm Odaklı Yaklaşım programı tamamlandıktan sonra (W-DEQ) A versiyonu ve GPSDÖ tekrar (ikinci ölçüm) uygulanmıştır.
- Gebeler ile 37-40. gebelik haftaları arasında tekrar iletişime geçilmiş ve hastaneye rutin gebelik takibine geldiklerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile (W-DEQ) A versiyonu ve GPSDÖ tekrar (üçüncü ölçüm) değerlendirilmiştir.
- Gebeler, doğum gerçekleştikten sonra (ilk 24 saat içinde) telefon ile araştırmacıyı bilgilendirmiş ve doğumdan sonra ilk 24 saat içerisinde araştırmacı tarafından hastane

ziyareti yapılarak annelerin doğum korku düzeyleri (W-DEQ) B versiyonu (sadece son test) değerlendirilmiştir.

- Doğum sonu birinci haftanın sonunda anneler ile telefon görüşmesi yapılarak doğum sonu güvenlik hisleri (sadece son test) değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler uygulamaya başlamadan önce, uygulama tamamlandıktan sonra, gebeliğin 37-40. haftasında, doğum sonu ilk 24 saat içerisinde ve doğum sonu birinci haftada belirlenen formlar aracılığıyla 20 Eylül 2021- 27 Mayıs 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 20 Mart 2020 tarihli ve 2020/2352 sayılı etik kurul izni (EK 13) alınmıştır. Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 8 Haziran 2020 tarihli ve E.33709 sayılı yazılı izin (EK 14) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya karar veren girişim ve kontrol grubundaki tüm katılımcılar araştırma süreci ile ilgili bilgilendirilmiş, gönüllü bilgilendirilmiş onam formu (EK 15) okunarak, yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma süresince katılımcılardan elde edilen tüm verilerin gizliliği sağlanmıştır. Yanlılığı önlemek amacıyla araştırmanın protokol kaydı Clinical Trials kayıt sistemine 29 Mart 2021 tarihinde NCT04820296 numarası ile kaydedilmiştir. Ayrıca yayın yapılmıştır (Anık ve Altuntuğ, 2021).

3.7. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

3.7.1. Araştırmanın güçlü yönleri

- Araştırma randomize kontrollü deneysel tasarım olması yönünden güçlü bir çalışma türüdür.
- Araştırmanın sonuç ölçümlerinde biası önlemek için verilerin kodlanması, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden körleme yapılmıştır.
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçları geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşmaktadır.
- Veriler alanında uzman bir kişi tarafından toplanmıştır.
- Araştırmada, çalışma dışı bırakma ve çalışmadan ayrılma durumları tanımlanmıştır.
- Verilerin analizlerinde uygun istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, etki büyüklüğü ve güven aralığı gibi değerler hesaplanmıştır.

- Araştırma esnasında ve sonrasında müdahalenin uygulandığı girişim grubunda herhangi bir olumsuz etki görülmemiştir.
- Çözüm odaklı yaklaşım programının içeriği planlanırken uzman görüşleri alınmıştır.
- Çözüm odaklı yaklaşım programını uygulayan araştırmacı konuya yönelik eğitimler almıştır.

3.7.2. Araştırmanın sınırlılıkları

- Araştırma sonuçlarının, yalnızca araştırmaya dahil edilen 18-35 yaş arasındaki primigravidalar için geçerli olması,
- Okuryazar olmayan gebelerin araştırmaya dahil edilmemesi,
- Gebelerden verileri toplayan kişi ile çözüm odaklı yaklaşım programını uygulayan kişinin aynı kişi (araştırmacı) olması,

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis değerleri kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmada $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bağımsız kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında Pearson ki-kare testi ve Fisher' in kesin testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla bağımlı değişken arasında farklılığı belirlemek amacıyla tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü ANOVA testi (Post-Hoc test: Bonferroni) kullanılmıştır. Grupların zaman içerisindeki değişimi, tekrarlayan ölçümlerde karma desenli ANOVA analizi ile değerlendirilmiştir. Etki büyüklüğü Cohen's d değeri ile belirlenmiştir. Cohen (1988) etki büyüklüğünü; $d \leq 0,20$ zayıf, $0,20 < d < 0,80$ orta ve $d \geq 0,80$ büyük etki büyüklüğü olarak tanımlamaktadır. Karma desenli varyans analizinin değerlendirilmesinde etki değeri olarak kısmi eta kare (partial eta square) (η^2) kullanılmıştır. Genel olarak, η^2 değerinin 0,01' den küçük olması durumunda etki büyüklüğünün zayıf, 0,060 olması durumunda orta ve 0,140' den büyük olması durumunda ise kuvvetli olarak tanımlanmaktadır (Cohen, 1988).

Araştırmada randomizasyon dengesini korumak, yan tutmayı önlemek ve araştırmanın gücünü arttırmak amacıyla Intention to Treat (ITT) analizi yapılmıştır. ITT analizi, randomizasyondan sonra gruplarda ortaya çıkan ayrılma, uyumsuzluk, girişimi alıp almama gibi durumlar dikkate alınmadan her katılımcının atandığı grupta analizlere dahil edilmesidir. ITT' nin kullanılması randomizasyonun sürdürülmesinde ve çalışmadan ayrılma durumunda

yanlılığın önlenmesinde kullanılan sonuçların sağlamlığını kontrol etmede önerilen bir yöntemdir. Bu yöntemde araştırmacıların eksik olan verileri tamamlamak için istatistik stratejilerden birisini kullanması gerekmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Bu çalışmanın ITT analizi için, kayıp veri sorunu ile başa çıkmada daha işlevsel ve uygun olduğu belirtilen çoklu veri atama (Multiple Imputation-MI) yöntemi kullanılmıştır (Peng ve ark., 2007). Çoklu veri atama yöntemi her bir kayıp veri yerine, olasılıkların dağılımını yansıtan, kabul edilebilir iki ya da daha fazla verinin atanmasını öngören bir yaklaşımdır (Rubin, 1987). Diğer bir analiz yöntemi olan Per-protokol (PP) analizi ise yalnızca girişimi alan katılımcıların analize dahil edildiği bir yöntemdir. PP analizinin en önemli avantajı gerçek deney performansını ortaya koymasıdır. Verilerin analizinde, PP ve ITT birlikte kullanılarak veri kayıplarının araştırma sonuçlarına etkisi kontrol edilmiştir.

4. BULGULAR

Primigravidalara uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım' ın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular beş başlıkta aşağıda sunulmuştur.

4.1.Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2.Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulgular

4.3.Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulgular

4.4.Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.5.Gebelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı

Değişkenler	Girişim Grubu (n=48)		Kontrol Grubu (n=48)		Test Değeri ve Anlamlılık	
	Ort ± Ss (Min-max)		Ort ± Ss (Min-max)		t	p
Yaş	23,83±2,86 (19-34)		22,77±3,24 (18-33)		1,702	,092 ^a
Evlenme yaşı	22,40±2,97 (18-33)		21,29±2,82 (17-28)		1,867	,065 ^a
Evlilik süresi (yıl)	1,44±0,85 (1-5)		1,46±0,97 (1-5)		-,112	,911 ^a
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	χ ²	p
Eğitim durumu					,378	,828 ^b
İlköğretim mezunu	7	14,6	8	16,7		
Lise mezunu	17	35,4	19	39,6		
Üniversite ve üzeri	24	50,0	21	43,8		
Çalışma durumu					,253	,615 ^b
Çalışıyor	11	22,9	9	18,8		
Çalışmıyor	37	77,1	39	81,3		
Yaşadığı yer					,447	,504 ^b
İl	44	91,7	42	87,5		
İlçe	4	8,3	6	12,5		
Eşin eğitim durumu					,731	,694 ^b
İlköğretim mezunu	6	12,5	8	16,7		
Lise mezunu	15	31,3	17	35,4		
Üniversite ve üzeri	27	56,3	23	47,9		
Eşin çalışma durumu					-	,242 ^c
Çalışıyor	48	100	45	93,8		
Çalışmıyor	0	0	3	6,3		
Sağlık güvencesi					-	,204 ^c
Evet	47	97,9	43	89,6		
Hayır	1	2,1	5	10,4		
Gelir durumu algısı					1,029	,598 ^b
Gelir giderden az	8	16,7	12	25,0		
Gelir gidere eşit	34	70,8	31	64,6		
Gelir giderden fazla	6	12,5	5	10,4		
Aile tipi					,711	,399 ^b
Çekirdek aile	42	87,5	39	81,3		
Geniş aile	6	12,5	9	18,8		

(^a) Bağımsız gruplarda t testi

(^b) Pearson ki-kare testi

(^c) Fisher's exact Test

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Tablo 4.1.1' de gebelere ait bazı sosyo-demografik özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan gebelerin yaş ortalamasının 23,83±2,86, evlenme yaşı ortalamasının 22,40±2,97, evlilik süresinin 1,44±0,85 (yıl) olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki gebelerin %50,0' ının üniversite ve üzeri mezunu olduğu,

%77,1' inin herhangi bir işte çalışmadığı, %91,7' sinin il merkezinde ikamet ettiği, %87,5' inin çekirdek ailede yaşadığı, %97,9' unun sağlık güvencesi olduğu, %70,8' inin gelir gider dengesinin eşit olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki gebelerin eşlerine yönelik tanıtıcı bilgiler incelendiğinde; %56,3' ünün üniversite ve üzeri mezunu olduğu ve tamamının çalıştığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özellikler açısından girişim grubunda yer alan gebelerle benzer özelliklere sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.1.2. Gebelerin bazı obstetrik özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı

Değişkenler	Girişim Grubu (n=48)		Kontrol Grubu (n=48)		Test Değeri ve Anlamlılık	
	Ort ± Ss (Min-max)		Ort± Ss (Min-max)		t	p
Gebelikte kontrole gitme sayısı	8,50±2,43 (4-18)		8,06±3,04 (2-15)		,778	,438 ^a
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	χ ²	p
İstenen bebek cinsiyeti					,063	,969 ^b
Kız	10	20,8	11	22,9		
Erkek	5	10,4	5	10,4		
Farketmez	33	68,8	32	66,7		
Planlı gebelik					,057	,811 ^b
Evet	37	77,1	36	75,0		
Hayır	11	22,9	12	25,0		
Gebelik kontrollerine düzenli gitme durumu					-	1,000 ^c
Evet	45	93,8	46	95,8		
Hayır	3	6,3	2	4,2		
Gebelik süresince yardım/destek alma durumu					,643	,423 ^b
Evet	41	85,4	38	79,2		
Hayır	7	14,6	10	20,8		

^(a) Bağımsız gruplarda t testi^(b) Pearson ki-kare testi^(c) Fisher's exact Test

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Tablo 4.1.2' de gebelere ait bazı obstetrik özelliklerin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan gebelerin gebelikte kontrole gitme sayısı ortalamasının 8,50±2,43 olduğu, %68,8' i bebek cinsiyeti konusunda herhangi bir tercihi olmadığını, %77,1' i gebeliğinin planlı olduğunu, %93,8' i gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, %85,4' ü gebelikte destek aldığını belirtmiştir. Kontrol grubunda yer alan gebelerin obstetrik özellikler açısından girişim grubunda yer alan gebelerle benzer özelliklere sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

4.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi

Ölçek	Zaman	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık		
		Girişim Grubu (n=44) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=46) Ort±Ss	t	p	d
GPSDÖ	Eğitim öncesi	4,13±0,34	4,13±0,32	,027	,979	0,005
	Eğitim sonrası	4,29±0,43	4,11±0,35	2,115	p<0,05	0,445
	37-40. gebelik haftası	4,19±0,48	4,13±0,37	,627	,533	0,132
	Grup içi karşılaştırma	F= 7,680 p<0,01	F= ,259 p= ,772			
		Girişim Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=48)			
GPSDÖ (ITT analizi)	Eğitim öncesi	4,13±0,34	4,13±0,32	,027	,979	0,005
	Eğitim sonrası	4,29±0,41	4,11±0,35	2,258	p<0,05	0,461
	37-40. gebelik haftası	4,19±0,46	4,13±0,37	,669	,505	0,137
	Grup içi karşılaştırma	F= 7,521 p<0,01	F= ,315 p= ,731			

Sütun istatistiği: Bağımsız gruplarda t testi

Satır istatistiği: Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Tablo 4.2.1’ de Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi yer almaktadır. Girişim ve kontrol gruplarının eğitim sonrası GPSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda yer alan gebelerin puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d= 0,445$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Grup içi eğitim öncesi, eğitim sonrası, 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunun puan ortalamalarında anlamlı düzeyde değişim olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi sonucunda; girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası GPSDÖ puan ortalamalarının, eğitim öncesi ve 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Ayrıca 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamasının eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Gebelikte psikososyal sağığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi

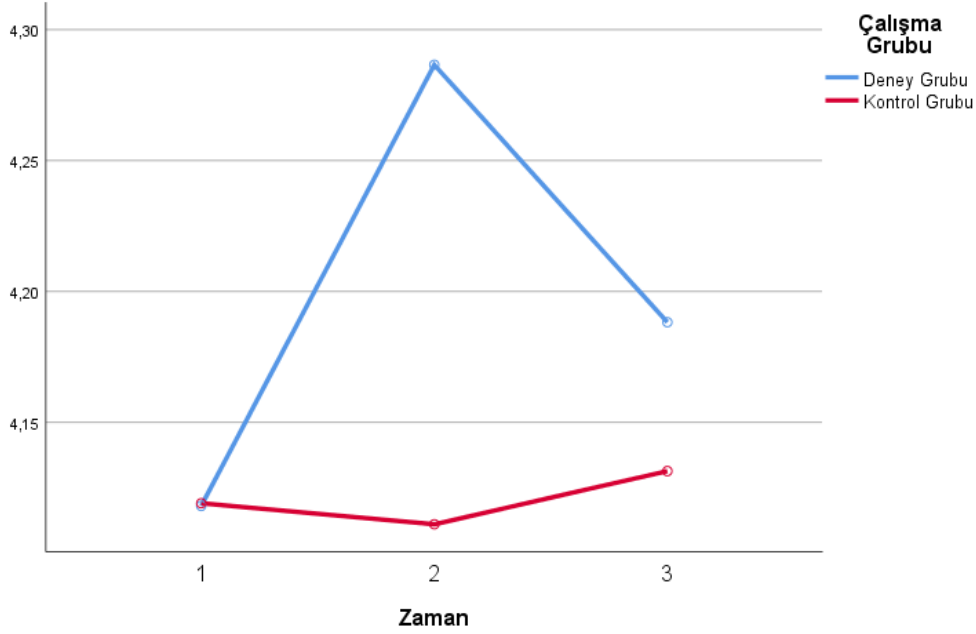
Ölçek	Zaman	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık		
		Girişim Grubu (n=44) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=46) Ort±Ss	F*	p	p η^2
GPSDÖ	Eğitim öncesi	4,13±0,34	4,13±0,32	6,159	p<0,01	,065
	Eğitim sonrası	4,29±0,43	4,11±0,35			
	37-40. gebelik haftası	4,19±0,48	4,13±0,37			
GPSDÖ (ITT analizi)	Zaman	Girişim Grubu (n=48) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=48) Ort±Ss	6,488	p<0,01	,065
		Girişim Grubu (n=48) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=48) Ort±Ss			
	Eğitim öncesi	4,13±0,34	4,13±0,32			
	Eğitim sonrası	4,29±0,41	4,11±0,35			
	37-40. gebelik haftası	4,19±0,46	4,13±0,37			

*F: Karma ANOVA sonucunda grup*zaman etkileşimi

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

p η^2 : Kısmi eta kare

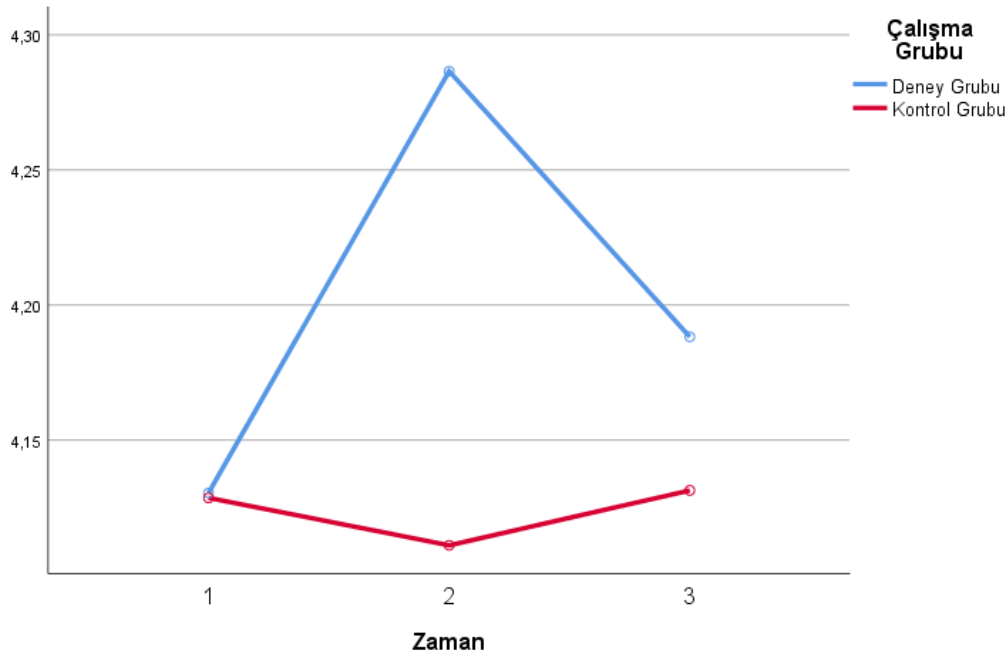


Zaman 1: Eğitim öncesi

Zaman 2: Eğitim sonrası

Zaman 3: 37-40. gebelik haftası

Şekil 4.1. Gebelikte psikososyal sağığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi



Zaman 1: Eğitim öncesi
 Zaman 2: Eğitim sonrası
 Zaman 3: 37-40. gebelik haftası

Şekil 4.2. ITT analiz sonucuna göre gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi

Tablo 4.2.2' de ve Şekil 4.1' de Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi yer almaktadır. GPSDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$). Kontrol grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır. Girişim grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir artış olduğu, 37-40. gebelik haftasında tekrar anlamlı düzeyde bir azalma olduğu belirlenmiştir. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2 = ,065$). Bu sonuçlara göre H_{0a} hipotezi (H_{0a} : *Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir*) reddedilmiştir.

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının (Tablo 4.2.2, Şekil 4.2), Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir. ITT analiz sonucunda, zamana göre oluşan farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2 = ,065$).

4.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulgular

Tablo 4.3.1. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi

Ölçek	Zaman	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık		
		Girişim Grubu (n=44) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=46) Ort±Ss	t	p	d
W-DEQ (A)	Eğitim öncesi	53,79±22,06	59,29±16,75	-1,376	,172	-0,281
	Eğitim sonrası	16,68±12,79	65,43±18,62	-14,416	p<0,01	-3,051
	37-40. gebelik haftası	30,14±13,53	75,05±15,81	-10,523	p<0,01	-3,052
	Grup içi karşılaştırma	F= 54,266 p<0,01	F= 11,805 p<0,01			
		Girişim Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=48)			
W-DEQ (A) (ITT analizi)	Eğitim öncesi	53,79±22,06	59,29±16,75	-1,376	,172	-0,281
	Eğitim sonrası	16,68±12,23	65,43±18,22	-15,392	p<0,01	-3,142
	37-40. gebelik haftası	21,89±14,45	67,61±16,80	-14,294	p<0,01	-2,917
	Grup içi karşılaştırma	F= 122,201 p<0,01	F= 25,93 p= ,731			

Sütun istatistiği: Bağımsız gruplarda t testi

Satır istatistiği: Tekrarlayan Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

Tablo 4.3.1’ de Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) sonuçlarının gruplar arası ve grup içi değişimi yer almaktadır. Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi W-DEQ (A) puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında ise girişim grubunda yer alan gebelerin W-DEQ (A) puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-3,051$; $d=-3,052$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Girişim ve kontrol gruplarının grup içi eğitim öncesi, eğitim sonrası, 37-40. gebelik haftası W-DEQ (A) puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grupta da anlamlı düzeyde değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma analizi sonucunda; girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası W-DEQ (A) puan ortalamalarının, eğitim öncesi ve 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Ayrıca 37-40. gebelik haftası W-DEQ (A) puan ortalamasının eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Kontrol grubunda

ise eğitim öncesi W-DEQ (A) puan ortalamasının, eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).



Tablo 4.3.2. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi

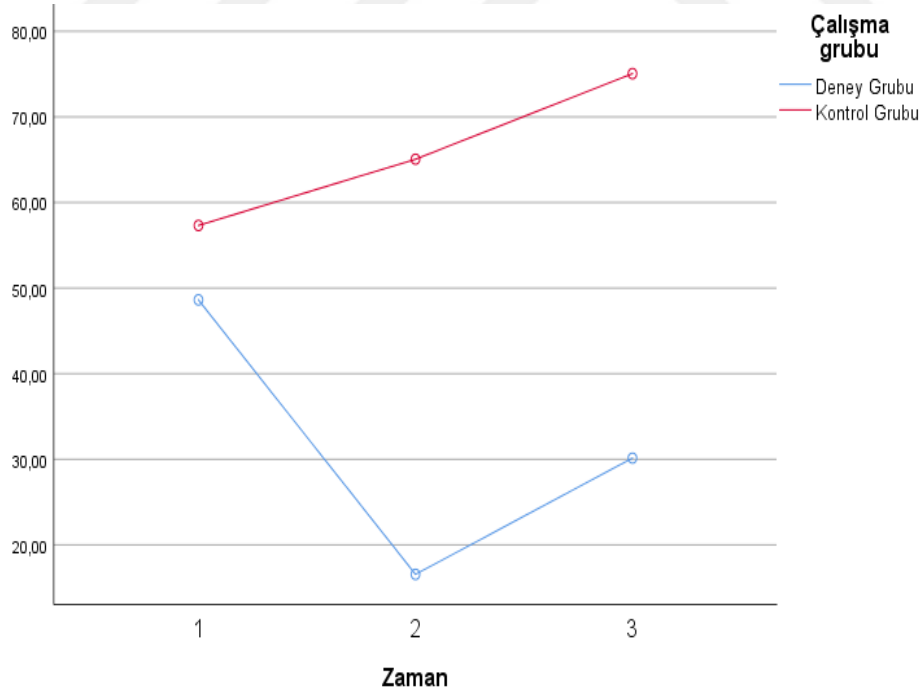
Ölçek	Zaman	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık		
		Girişim Grubu	Kontrol Grubu	F*	p	p η^2
		(n=44) Ort $\pm$ Ss	(n=46) Ort $\pm$ Ss			
W-DEQ (A)	Eğitim öncesi	53,79 $\pm$ 22,06	59,29 $\pm$ 16,75	41,510	p<0,01	,474
	Eğitim sonrası	16,68 $\pm$ 12,79	65,43 $\pm$ 18,62			
	37-40. gebelik haftası	30,14 $\pm$ 13,53	75,05 $\pm$ 15,81			
		Girişim Grubu	Kontrol Grubu			
		(n=48)	(n=48)			
W-DEQ (A) (ITT analizi)	Eğitim öncesi	53,79 $\pm$ 22,06	59,29 $\pm$ 16,75	142,996	p<0,01	,603
	Eğitim sonrası	16,68 $\pm$ 12,23	65,43 $\pm$ 18,22			
	37-40. gebelik haftası	21,89 $\pm$ 14,45	67,61 $\pm$ 16,80			

*F: Karma ANOVA sonucunda grup*zaman etkileşimi

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

η^2 : Kısmi eta kare

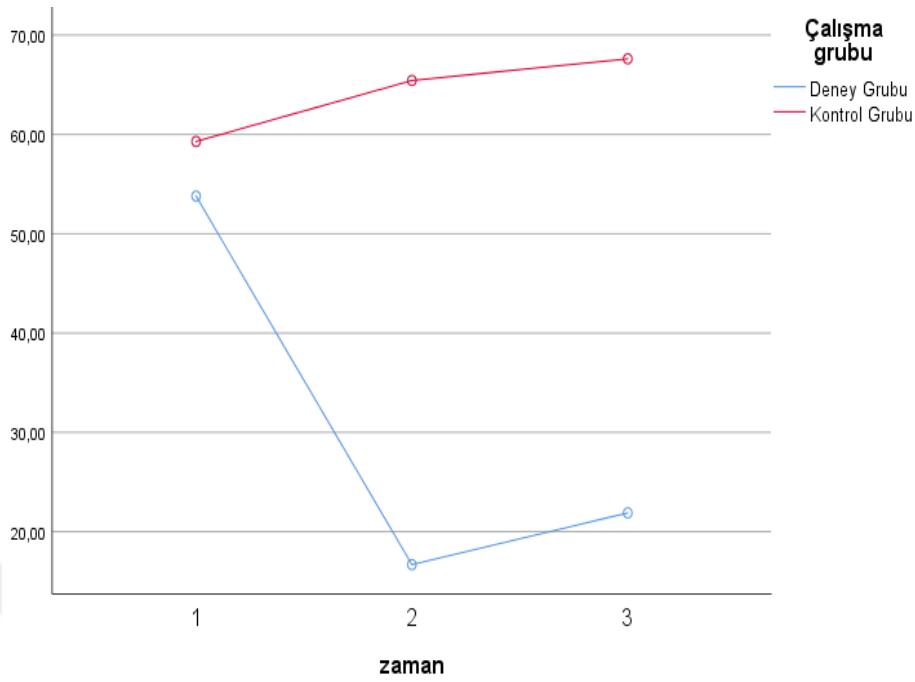


Zaman 1: Eğitim öncesi

Zaman 2: Eğitim sonrası

Zaman 3: 37-40. gebelik haftası

Şekil 4.3. Wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi



Zaman 1: Eğitim öncesi
 Zaman 2: Eğitim sonrası
 Zaman 3: 37-40. gebelik haftası

Şekil 4.4. ITT analiz sonucuna göre wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (A versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi

Tablo 4.3.2' de ve Şekil 4.3' te Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) sonuçlarının gruplar arasında zamana göre değişimi yer almaktadır. W-DEQ (A) puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$). Kontrol grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında zaman içerisinde artış meydana geldiği saptanmıştır. Kontrol grubunda, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olsa da, eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftası arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir azalma olduğu, 37-40. gebelik haftası arasında tekrar anlamlı düzeyde bir artış olduğu belirlenmiştir. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü geniş düzeydedir ($\eta^2 = ,474$). Bu sonuçlara göre H_0 hipotezi (H_0 : *Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A versiyonu) puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir*) reddedilmiştir.

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının (Tablo 4.3.2, Şekil 4.4), Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir. ITT analiz sonucunda, zamana göre oluşan farkın etki büyüklüğü geniş düzeydedir ($\eta^2 = ,603$).

4.4.Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.4.1. Gebelerin wijma doğum beklentisi/deneyimi ölçeği (B versiyonu) puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık				
	Girişim Grubu (n=29)	Kontrol Grubu (n=19)	Cohen' s d				
	Ort±Ss	Ort±Ss	t	p	Cohen' s d	%95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
W-DEQ B							
Kasımlara İlişkin Kaygılar	11,90±5,33	27,63±4,57	-10,557	p < 0,01	-3,173	-3,77	-2,56
Olumlu Duygularda Yetersizlik	8,66±4,67	21,26±3,90	-9,743	p < 0,01	-2,931	-3,50	-2,35
Olumlu Davranışlarda Yetersizlik	3,54±2,35	5,59±2,29	-4,345	p < 0,01	-0,883	-1,30	-0,46
Yalnızlık	3,24±2,80	12,11±3,75	-9,364	p < 0,01	-2,680	-3,23	-2,12
Doğuma İlişkin Kaygılar	0,45±,99	1,95±2,57	-2,850	p < 0,01	-0,770	-1,24	-0,41
Bebeğe İlişkin Kaygılar	2,03±2,23	3,53±3,60	-1,778	(p >0,05)	-0,501	-0,91	0,09
W-DEQ B (Toplam Puan)	30,14±13,53	75,05±15,81	-10,523	p < 0,01	-3,051	-3,64	-2,46
W-DEQ B (ITT Analizi)	Girişim Grubu (n=48)	Kontrol Grubu (n=48)					
	Ort±Ss	Ort±Ss					
Kasımlara İlişkin Kaygılar	14,36±5,14	21,89±5,48	-6,936	p < 0,01	-1,417	-1,86	-0,97
Olumlu Duygularda Yetersizlik	10,63±4,37	16,66±4,47	-6,684	p < 0,01	-1,364	-1,81	-0,92
Olumlu Davranışlarda Yetersizlik	3,54±2,35	5,59±2,29	-4,345	p < 0,01	-0,883	-1,30	-0,46
Yalnızlık	4,63±2,77	8,87±3,52	-6,555	p < 0,01	-1,338	-1,78	-0,89
Doğuma İlişkin Kaygılar	0,68±0,81	1,40±1,65	-2,696	p < 0,01	-0,592	-0,96	-0,15
Bebeğe İlişkin Kaygılar	2,27±1,74	2,98±2,27	-1,727	(p >0,05)	-0,351	-0,75	0,05
W-DEQ B (Toplam Puan)	37,18±13,65	58,66±16,6	-6,926	p < 0,01	-1,413	-1,86	-0,96

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

***t:** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.4.1' de annelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) toplam puan ortalamalarının ($30,14 \pm 13,53$), kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına ($75,05 \pm 15,81$) göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d = -3,051$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Girişim grubunda yer alan annelerin kasılmalara ilişkin kaygılar, olumlu duygularda yetersizlik, olumlu davranışlarda yetersizlik ve yalnızlık alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d = -3,173$; $d = -2,931$; $d = -0,883$; $d = -2,680$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda yer alan annelerin doğuma ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamasının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d = -0,770$) orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre H_{0c} hipotezi (***H_{0c} : Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) puan ortalamaları yönünden fark yoktur***) reddedilmiştir.

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği ve normal vajinal doğum yaptığı öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçları incelendiğinde (Tablo 4.4.1), girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) toplam puan ortalamalarının ($37,18 \pm 13,65$), kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına ($58,66 \pm 16,6$) göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d = -1,413$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. ITT analiz sonuçları ile Per-protokol analiz sonuçlarının benzer olduğu belirlenmiştir.

4.5. Gebelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.5.1. Gebelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması

Ölçek	Grup		Test Değeri ve Anlamlılık				
	Girişim Grubu (n=44) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=46) Ort±Ss	t	p	Cohen' s d	Cohen' s d %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Toplam Puan	65,55±7,12	51,98±7,53	8,776	p < 0,01	1,852	1,37	2,33
	Girişim Grubu (n=48) Ort±Ss	Kontrol Grubu (n=48) Ort±Ss					
Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Toplam Puan	65,55±6,81	51,98±7,37	9,370	p < 0,01	1,913	1,42	2,39

(ITT Analizi)

Ort: Ortalama

Ss: Standart Sapma

*t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.5.1’ de annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamasının, kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=1,852$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre $H0_d$ hipotezi (***H0_d: Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği puan ortalamaları yönünden fark yoktur***) reddedilmiştir.

Araştırma tamamlanmadan girişim ve kontrol grubundan ayrılan gebelerin çalışmaya devam ettiği öngörülerek yapılan ITT analiz sonuçlarının, Per-protokol analiz sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.1).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisi belirlenmiştir. Çalışma sonuçları beş başlık altında tartışılmıştır.

5.1.Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

5.2.Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

5.3.Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.4.Gebelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1.Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Fizyolojik bir süreç olan gebeliğin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için gebe, eşi ve ailesinin bu süreçte yaşanan fiziksel, hormonal ve psikososyal değişimlere uyum sağlaması gerekmektedir (Arslan ve ark., 2019; Yıldırım ve Şahin, 2020; McNamara ve ark., 2022). Bu sürece uyum sağlayamayan gebelerde yaşanan psikososyal sorunlar anne adayının ruh sağlığını ve sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilemektedir (Omidvar ve ark., 2018; Derya ve ark., 2018). Maternal psikososyal sorunların, şiddetli ve kronik mental sorunlara, obstetrik ve fetal komplikasyonlarda artışa, prenatal bağlanmada sorunlara, postnatal dönemde yenidoğanda nörodavranışsal ve bilişsel sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (Fontein-Kuipers ve ark., 2014; Maxson ve ark., 2016; Karakoç ve Ozkan, 2017; Yıldırım ve Şahin, 2020). Bu nedenle gebe izlemlerinde, sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin yapılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bütüncül yaklaşım açısından oldukça önemlidir (Özşahin ve ark., 2018; Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019; Yıldırım, 2020; Eick ve ark., 2020; Taşkın, 2021; Sapkota ve ark., 2022).

Araştırmada girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerinde, GPSDÖ puan ortalamaları (sırasıyla $4,13 \pm 0,34$; $4,13 \pm 0,32$) arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p > 0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d = 0,005$) düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Bu sonuç, girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ilk değerlendirmede psikososyal sağlık durumlarının benzer olduğunu göstermektedir. Eğitim öncesi gruplar arasında GPSDÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmaması uygulanan müdahalenin etkisinin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

Araştırmada, girişim ve kontrol grupları arasında GPSDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($\eta^2 = 0,065$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Kontrol grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir değişim olmazken, girişim grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir artış olduğu, 37-40. gebelik haftasında tekrar anlamlı düzeyde bir azalma olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 4.2.2). Ayrıca girişim grubunun 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamasının, eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.1). Girişim ve kontrol gruplarının eğitim sonrası GPSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda yer alan gebelerin puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$)

ve etki büyüklüğünün ($d=0,445$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Bu sonuçlara göre H_{0a} hipotezi (H_{0a} : *Grişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir*) reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarında, eğitim sonrası girişim grubunun GPSDÖ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olması primigravidalarda çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık düzeyini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Girişim grubunun 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamasının, eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olması uygulanan müdahalenin etkisinin doğum sürecine kadar devam ettiğini göstermektedir.

Çalışma bulgularımızla benzer olarak, literatürde yapılan çalışmalarda çözüm odaklı yaklaşım yönteminin gebelikte psikososyal sağlık üzerine etkisinin olumlu olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, çözüm odaklı yaklaşımın evlilik sürecinde çiftlerin tükenmişlik düzeyini azalttığı (Mirzavand ve ark., 2016), eşler arasındaki iletişimi iyileştirmede ve evlilik doyumunu arttırmada etkili olduğu (Abbasi ve ark., 2017), gebelerde stres düzeyini önemli ölçüde azalttığı (Aslani ve ark., 2017), gebelik sürecinde doğuma yönelik yüksek düzeyde endişe yaşayan gebelerin endişe düzeyini azaltmada etkili olduğu (Karrabi ve ark., 2019), nulliparlarda anksiyete düzeyini önemli ölçüde azalttığı (Mortazavi ve ark., 2021), aile içi şiddet yaşayan gebelerde aile içi şiddeti azalttığı ve gebelerin yaşam kalitesini arttırdığı (Dinmohammadi ve ark., 2021), riskli gebelik öyküsü ve mental sağlık sorunları olan gebelerin problem çözme ve başa çıkma becerilerini arttırdığı (Rafie ve ark., 2021) saptanmıştır. Literatürde çözüm odaklı yaklaşım yöntemine benzer müdahale yöntemlerinin de (psikoeğitim, farkındalık temelli müdahaleler, motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışsal terapi yöntemleri) gebelikte psikososyal sağlık üzerine olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, gebelikte uygulanan psikoeğitim müdahalelerinin, gebelik sürecinde yaşanan psikososyal sorunları yönetmede ve doğuma hazırlık sürecini kolaylaştırmada etkili olduğu ve etki büyüklüğünün orta-yüksek düzey arasında değiştiği ($d=0,2-1,9$) (Tola ve ark., 2022), çiftlerin ilişki doyumunda genel olarak iyileşme sağladığı ancak etki büyüklüğünün düşük olduğu ($d=0,125$) (Park ve ark., 2020), antenatal stres ve anksiyete düzeyini azalttığı ve etki büyüklüğünün ($p\eta^2=0,11$) orta düzeyde olduğu (Matvienko-Sikar ve ark., 2017; Abazarnejad ve ark., 2019; Mohammadi ve Parandin, 2019), kontrol duygusunu arttırdığı (Tragea ve ark., 2014), depresyon ve kaygıyı azalttığı, öz yeterlik, sosyal destek algısı ve yaşam kalitesini arttırdığı ve etki büyüklüğünün ($d=0,11$) düşük düzeyde olduğu (Sapkota ve ark., 2022), ebeveynlerde stres düzeyini azalttığı ve ebeveyn yeterliliğini arttırdığı (Chaharrahifard ve ark., 2021), gebelikte yaşanan fiziksel

yakınmaları azalttığı (Shakiba ve ark., 2019; Mohammadi ve Parandin, 2019) saptanmıştır. Gebelikte uygulanan bilişsel ve davranışsal terapi yöntemlerinin, kaygı ve depresyon puan ortalamalarını azalttığı, başa çıkma becerilerini arttırdığı (Boran ve ark., 2023) belirlenmiştir. Farkındalık temelli müdahalelerin gebelikte stres düzeyini azalttığı ve etki büyüklüğünün ($\eta^2=0.47$) yüksek düzeyde olduğu (Esfandiari ve ark., 2020), antenatal dönemde anksiyete yaşayan gebelere uygulanan psikolojik müdahale yöntemleri arasında farkındalık temelli uygulamaların daha etkili olduğu ve etki büyüklüğünün orta-yüksek düzeyde olduğu (Callanan ve ark., 2022), anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı (Alves ve ark., 2023), sağlıklı yaşam davranışlarını arttırdığı ve etki büyüklüğünün ($\eta^2= 0.41$) yüksek düzeyde olduğu (Esfandiari ve ark., 2020) belirlenmiştir. Motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı müdahalenin gebelik sürecinde yaşanan genel stres ve anksiyete düzeyini önemli ölçüde azalttığı ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $\eta^2=19$, $\eta^2=0,22$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Abdollahi ve ark., 2020). Çalışma sonuçları, çözüm odaklı yaklaşımın ve benzer müdahale yöntemlerinin gebelikte psikososyal sağlığı güçlendirmede farklı düzeylerde etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası GPSDÖ puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olması ve etki büyüklüğünün ($d=0,445$) orta düzeyde olması çözüm odaklı yaklaşımın gebelikte psikososyal sağlığı güçlendirmede etkin olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Çalışmamız sonucunda, girişim grubunda müdahaleden sonra GPSDÖ puan ortalamalarında anlamlı artış olmasının, gebelerin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artması, fiziksel ve emosyonel olarak rahatlamaları ve çözüm odaklı bakış açısı kazanmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Girişim grubunun 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olsa da, eğitim öncesi dönemde kıyaslandığında 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olması uygulanan müdahalenin etkisinin doğum sürecine kadar devam ettiğini göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Girişim grubunda, 37-40. gebelik haftaları arasında GPSDÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azalmasının, doğum eyleminin yaklaşmasıyla birlikte hissedilen stres ve endişeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Girişim grubunda yer alan gebelerin 37-40. gebelik haftasında doğum korku düzeylerinde anlamlı artış olması da bu yorumu desteklemektedir ($p<0,01$) (Tablo 4.3.1). Literatürde yapılan çalışmalarda psikososyal sağlık ile doğum korkusu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Arslantaş ve ark., 2020; Kilic ve Yilmaz, 2022). Çalışma sonuçları da, psikososyal sağlık puan

ortalamalarındaki azalmanın, doğum eyleminin yaklaşmasıyla birlikte hissedilen stres, endişe ve korkudan kaynaklandığı yorumunu desteklemektedir.

5.2.Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A Versiyonu) Sonuçlarının Gruplar Arası, Grup İçi ve Gruplar Arasında Zamana Göre Değişimin İncelenmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Doğum korkusunun gebelik dönemini, doğum sürecini ve doğum sonu dönemi olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Gebelerde doğum korkusu, sempatik sinir sisteminin ve vazokontrüksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaların tetiklenmesine neden olmaktadır. Bu durum katekolaminler gibi (adrenalin, noradrenalin) stres hormonlarının salgılanmasını arttırmaktadır. Katekolaminler, uterusu giden arterlerde vazokontrüksiyon yaparak, uterusu giden kan miktarının ve plasental perfüzyonun azalmasına neden olmaktadır. Plasental perfüzyondaki azalma, fetüse giden oksijen miktarının azalmasına ve fetal distrese yol açmaktadır. Doğum korkusu uterus kaslarının normal çalışma düzeninin de bozulmasına neden olmaktadır. Uterusta yer alan dikey kaslar, çizgisel kasları yukarı çekmek isterken, çizgisel kaslar bu duruma direnç göstermektedir. Bu durum serviksin açılmasının yavaşlamasına ve doğum eyleminin uzamasına neden olabilmektedir. Kasların çalışma dengesindeki bozulma doğum sırasında yaşanan ağrının artmasına yol açmaktadır. Ağrı düzeyindeki artış, korku düzeyinin daha da artmasına neden olmaktadır. Bu durum “Korku-Gerginlik-Ağrı Döngüsü” olarak tanımlanan kısır bir döngüdür (Serçekuş, 2011; Mongan, 2013; Dick-Read ve ark., 2013). Doğumda korku durumunda salgılanan adrenalin düzeyindeki artış uterus kontraksiyonlarını tetikleyen oksitosin hormonunun salgılanmasını engellemektedir. Bu durum doğum eyleminin uzamasına yol açmaktadır. Uzayan doğum eylemi gebenin doğum korkusunun daha da artmasına neden olabilmektedir (Adams ve ark., 2012; Alessandra ve Roberta, 2013).

Kadınların psikososyal sağlık durumlarının korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesini sağlamak, travmatik doğum algısının oluşmasını engellemek ve doğum sonu dönemde güvende hissetmelerini sağlamak için doğum korkusunun uygun müdahaleler ile yönetilmesi gerekmektedir (Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019). Doğru müdahaleler ile doğum korkusunun azaltılması, gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesini ve anne adayının fiziksel ve zihinsel olarak güvenli ve pozitif bir doğum deneyimlemesini sağlamakta, anneliğe geçiş sürecini kolaylaştırmakta ve postpartum süreci olumlu yönde etkilemektedir (Koushede ve ark., 2017; Bolsoy ve ark., 2019).

Araştırmada girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerinde W-DEQ (A) puan ortalamaları (sırasıyla 53.79 ± 22.06 ; 59.29 ± 16.75) arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p > 0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d = -0,281$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu sonuç, girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ilk değerlendirmede doğum korku düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Eğitim öncesi gruplar arasında W-DEQ (A) puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmaması uygulanan müdahalenin etkisinin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

Araştırmada, girişim ve kontrol grupları arasında W-DEQ (A) puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($\eta^2 = 0,474$) geniş düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Kontrol grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir artış meydana gelirken, girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir azalma olduğu, 37-40. gebelik haftasında tekrar anlamlı düzeyde bir artış olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 4.3.2). Ayrıca girişim grubunun 37-40. gebelik haftası W-DEQ (A) puan ortalamasının, eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,01$) (Tablo 4.3.1). Girişim ve kontrol gruplarının eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında W-DEQ (A) puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda yer alan gebelerin puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d = -3,051$; $d = -3,052$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu sonuçlara göre H_{0b} hipotezi (***H0b: Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (A versiyonu) puan ortalamaları ölçüm zamanına göre benzerdir***) reddedilmiştir.

Çalışma sonuçlarında, girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarının kontrol grubuna göre, eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında anlamlı olarak daha düşük olması ve etki büyüklüklerinin yüksek düzeyde olması primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın doğum korku düzeyinin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında 37-40. gebelik haftasında tekrar artış olsa da, eğitim öncesi dönemle kıyaslandığında 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olması uygulanan müdahalenin etkisinin doğum sürecine kadar devam ettiğini göstermektedir.

Literatürde çözüm odaklı yaklaşım yönteminin doğum korkusu üzerine etkisini değerlendiren üç çalışmaya rastlanmıştır. Sharifzadeh ve ark. (2018) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, gebelere uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın doğum korku düzeyini

anlamli derecede azalttiğini ve normal doğum tercih oranını arttırdığını belirlemiştir. Mortazavi ve ark. (2021) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, gebelikte yaşanan anksiyete ve orta-şiddetli düzeyde doğum korkusunun yönetiminde uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın gebelerin doğum korku düzeyini ve anksiyete düzeyini anlamli derecede azalttiğini saptamıştır. Kaya ve Guler (2022) online olarak uygulanan çözüm odaklı danışmanlığın ve online doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ve öz yeterlilik üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, çözüm odaklı yaklaşım grubundaki gebelerin doğum korku düzeylerinin, doğuma hazırlık eğitim grubunda yer alan gebelere göre anlamli düzeyde daha fazla azaldığını belirlemiştir. Çalışma sonucumuz, literatürde yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Doğum korkusunun yönetiminde psikoeğitim (Toohill ve ark., 2014; Kordi ve ark., 2017; Boz ve ark., 2021; Akgün ve ark., 2020) ve psikoterapi (Nieminen ve ark., 2016; Airo Toivanen ve ark., 2018; Uçar ve Golbasi, 2019; Calpbiniçi ve Özçirpan, 2022; Bakhteh ve ark., 2022; Güney ve ark., 2022) yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur. Psikoeğitim programları, çözüm odaklı yaklaşım yöntemine benzer şekilde, kadınları güçlendiren, bilgi düzeyini arttıran, başa çıkma becerileri kazandıran ve destek sistemlerini kullanmaları yönünde teşvik eden kanıta dayalı terapötik müdahale yöntemleridir (Üstün, 2016; Akgün ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda, psikoeğitim müdahalesinin doğum korkusunu azalttığı ve etki büyüklüğünün ($d=0,59$) orta düzeyde olduğu (Toohill ve ark., 2014), sezaryen oranlarını ve doğum korku düzeyini azalttığı ve etki büyüklüğünün (hedges' $g=0,59$) orta düzeyde olduğu (Akgün ve ark., 2020), grup olarak uygulanan karma psikoeğitim terapi yönteminin doğuma yönelik pozitif duyguları anlamli düzeyde arttırdığı ve etki büyüklüğünün ($d=0,981$) yüksek düzeyde olduğu, doğum korku düzeyini anlamli derecede azalttığı ve etki büyüklüğünün ($d=1,476$) yüksek düzeyde olduğu (Airo Toivanen ve ark., 2018) belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda, bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanıldığı psikoterapi uygulamalarının doğum korku düzeyini anlamli derecede azalttığı ve etki büyüklüğünün ($d=0,95$) yüksek düzeyde olduğu (Nieminen ve ark., 2016) ve doğum sürecini olumlu etkilediği (Uçar ve Golbasi, 2019) saptanmıştır. Motivasyonel görüşme tekniğine dayalı uygulamaların doğum korkusunu anlamli derecede azalttığı ve etki büyüklüğünün ($p\eta^2=0,27$) geniş düzeyde olduğu (Abdollahi ve ark., 2020), doğumda özyeterliliği arttırdığı, doğum korkusunu anlamli derecede azalttığı (Calpbiniçi ve Özçirpan, 2022; Yeşildağ Çelik, 2022) ve doğum süresini kısalttığı (Yeşildağ Çelik, 2022) belirlenmiştir. Farkındalık temelli psikoterapi yönteminin doğum korkusunu anlamli derecede

azalttığı ve etki büyüklüğünün ($p\eta^2=0.653$) geniş düzeyde olduğu (Güney ve ark., 2022), enerji psikoterapi yöntemlerinden biri olan Duygusal Özgürleşme Tekniği' nin ve nefes farkındalığının doğum korku düzeyini anlamlı derecede azalttığı (Irmak Vural ve Aslan, 2019), Nöro Linguistik Programlama (NLP) davranış modelinin doğum korku düzeyini anlamlı düzeyde azalttığı (Bektaş, 2019) belirlenmiştir. Çalışma sonuçları, çözüm odaklı yaklaşımın ve benzer müdahale yöntemlerinin gebelikte doğum korkusunu azaltmada farklı düzeylerde etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda girişim grubunda yer alan gebelerin eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında W-DEQ (A) puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olması ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-3,051$; $d=-3,052$) yüksek düzeyde olması çözüm odaklı yaklaşımın doğum korkusunun azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu yaklaşım kapsamında, oturumlarda gebelerin gereksinim duyduğu konularla ilgili bilgilendirilmesi, kendilerini keşfetmelerine ve tanınmalarına yardımcı olunması, içsel motivasyonlarını arttırmaya yönelik tekniklerin kullanılması, güçlü ve başarılı olduğu yönlerinin desteklenerek güçlendirilmesi, doğum korkusuna yönelik en etkili baş etme yöntemini bulmalarının sağlanması ve işe yarayan çözüm yollarını daha etkin kullanmaları için teşvik edilmeleri doğum korku düzeylerinin azalmasını sağlamış olabilir.

Çalışmada, girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında 37-40. gebelik haftasında tekrar artış olsa dahi, eğitim öncesi dönemle kıyaslandığında 37-40. gebelik haftası puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olması uygulanan müdahalenin etkisinin doğum sürecine kadar devam ettiğini göstermektedir. Girişim grubunun 37-40. gebelik haftasında W-DEQ (A) puan ortalamalarında tekrar artış olmasının, gebelik haftasının ilerlemesi ile birlikte doğum eyleminin yaklaşmasından, primigravidaların daha önce doğum deneyimi yaşamaması nedeni ile hissettikleri bilinmezlik duygusundan, doğum eylemi ile başa çıkamama endişesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Kaya ve Evcili (2020) yaptıkları çalışmada, gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusunun arttığını ve gebeliğin son trimesterinde kadınların daha yoğun doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir. Kanbur ve Koç (2023) yaptıkları benzer çalışmada gebelik haftası ilerledikçe doğum korkusunun arttığını saptamıştır. Aslan ve Bıyık (2020) doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerle yaptıkları çalışmada, gebelerin doğum korku düzeylerini trimesterlere göre değerlendirmiştir. Primigravidaların, multiparlara göre doğum korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ayrıca gebelik haftası ilerledikçe doğum eyleminin yaklaşması ile birlikte başa çıkamama endişesi nedeniyle gebelerin doğum korku düzeylerinin arttığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalar, doğum korkusuna yönelik müdahalelerin doğum korku düzeyini azalttığını ancak korkunun tamamen giderilemediğini göstermektedir. Bu durumun sebebi,

kadınların ilk trimesterde gebeliğe, ikinci trimesterde bebeğe, son trimesterde ise doğum eylemine odaklanmasından kaynaklanmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışma sonuçlarımız literatürde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

5.3.Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Doğum korkusunun doğum sonu dönemde, olumsuz ve travmatik doğum deneyimi yaşanmasına, anne-bebek arasındaki bağlanmada gecikmeye, emzirmede sorunlar yaşanmasına, benlik saygısında azalmaya, travma sonrası stres bozukluğuna ve postpartum depresyona neden olabildiği belirtilmektedir (Kaymaz ve ark., 2015; Ayers ve ark., 2016; Nilsson ve ark., 2018). Bu nedenle kadınların doğuma yönelik korkularını azaltmak için doğum öncesi dönemden, doğum sonu döneme kadar desteklenmesi ve doğum korkularının uygun müdahaleler ile yönetilmesi gerekmektedir (Çiçek ve Mete, 2015; Yalnız Dilcen ve Etki Genç, 2019).

Çalışmamızda, girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) toplam puan ortalamalarının (30.14 ± 13.53), kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına (75.05 ± 15.81) göre anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d = -3.051$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Bu sonuçlara göre H_0 hipotezi (***H₀: Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (B versiyonu) puan ortalamaları yönünden fark yoktur***) reddedilmiştir. Bu sonuç, primigravidalarda doğum korkusunun azaltılmasının, doğum sonu dönemde de doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelere göre anlamlı derecede düşük olması, girişim grubunda yer alan annelerin olumlu bir doğum deneyimi yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde çözüm odaklı yaklaşımın doğum sonu dönemde doğum korkusu üzerinde etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çözüm odaklı yaklaşıma benzer müdahale yöntemlerinde (psikoeğitim, farkındalık temelli müdahaleler, motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışsal terapi yöntemleri) doğum sonu dönemde doğum korku düzeyini değerlendiren çalışmalar olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, grup psikoeğitimi ve relaksasyon tekniklerinin doğum sonu dönemde W-DEQ (B) ölçeği ile değerlendirilen doğum korku düzeyini anlamlı derecede azalttığı, olumlu doğum deneyimini arttırdığı ve etki büyüklüğünün ($d = 0,35$) orta düzeyde olduğu (Rouhe ve ark., 2015), bilişsel davranışsal terapi uygulamasının doğum sonu dönemde W-DEQ (B) ölçeği ile değerlendirilen doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğu ve etki büyüklüğünün ($d = 0.95$) yüksek düzeyde olduğu (Nieminen ve ark., 2016)

belirlenmiştir. Ayrıca, gebelikte uygulanan psikoeğitim müdahalesinin (Kordi ve ark., 2017; Boz ve ark., 2021), doğum korkusuyla baş etmeye yönelik hazırlanan antenatal eğitim programının (Çankaya ve Şimşek, 2021), farkındalık temelli uygulamaların (Byrne ve ark., 2014), doğum korkusuyla baş etmeye yönelik kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilen karma eğitim programının (öz yeterlik odaklı psikolojik danışmanlık, psikoeğitim ve bilişsel davranış terapisi, biofeedback, antenatal hipnoz eğitimi, grup sanat terapisi, Roy Uyum Modeline dayalı aralıklı doğum desteği, bireysel danışmanlık, intrapartum destekleyici bakım) (Öztürk, 2020), motivasyonel görüşme tekniğine dayalı uygulamaların (Calpbinici ve Özçirpan, 2022; Yeşildağ Çelik, 2022), enerji psikoterapi yöntemlerinden biri olan Duygusal Özgürleşme Tekniği' nin (Irmak Vural ve Aslan, 2019) ve NLP davranış modelinin (Bektaş, 2019) doğum sonu dönemde W-DEQ (B) ölçeği ile değerlendirilen doğum korku düzeyini anlamlı derecede azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, gebelik döneminde doğum korkusuna yönelik uygulanan müdahalelerin etkili olduğunu ve doğum korku düzeyindeki azalmanın doğum sonu döneme de yansıdığını göstermektedir. Bu nedenle kadınların doğuma yönelik korkularını azaltmak ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamak için doğum öncesi dönemden, doğum sonu döneme kadar desteklenmesi oldukça önemlidir.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; W-DEQ (B) ölçeği alt boyutlarının değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Çalışmada girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği alt boyutlarından kasımlara ilişkin kaygılar puan ortalamasının, kontrol grubunda yer alan annelere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-3.173$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Doğum sırasında ağrı yaşama korkusu, en yaygın görülen doğum korkusu nedenleri arasında yer almaktadır (Fenwick ve ark., 2015; Demşar ve ark., 2018). Doğum ağrısının algılaması her gebede farklılık göstermektedir (Junge ve ark., 2018). Çalışma bulgusuyla benzer olarak; Mohiti ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, çözüm odaklı yaklaşımın doğumda ağrı düzeyini anlamlı derecede azalttığını saptamıştır. Çözüm odaklı yaklaşıma benzer müdahale yöntemlerinin de (motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışsal terapi yöntemleri) doğum sonu dönemde kasımlara ilişkin kaygılar puan ortalamalarını ve hissedilen ağrı düzeyini anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, motivasyonel görüşme tekniğine dayalı uygulamaların doğum sonu döneminde kasımlara ilişkin kaygılar puan ortalamalarını (Calpbinici ve Özçirpan, 2022) ve doğum sırasında hissedilen ağrı düzeyini (Yeşildağ Çelik, 2022) anlamlı derecede azalttığı, bilişsel davranışçı terapi yönteminin (Uçar

ve Golbasi, 2019) ve antepartum eğitimin doğum sırasında hissedilen ağrı düzeyini (Uslu Yuvaci ve ark., 2021) anlamlı derecede azalttığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde; antenatal dönemde doğum korkusuna yönelik uygulanan müdahalelerin, doğum sırasında hissedilen ağrı düzeyini ve ağrıya yönelik hissedilen kaygıyı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda; girişim grubunda yer alan gebelerin, kasılmalara ilişkin kaygılar puan ortalamasının, kontrol grubunda yer alan gebelere göre anlamlı derecede düşük olması, doğum sırasında hissettikleri kasılmalar ile daha iyi baş edebildiklerini göstermektedir. Çözüm odaklı yaklaşım programında oturumlarda, başa çıkma sorularının etkin kullanılması ile gebelerin doğum korkusuna yönelik en etkili baş etme yöntemini bulmaları sağlanmıştır. Müdahale kapsamında yapılan tüm uygulamalar, gebelerin doğum sırasında kasılmalar ile daha etkin baş etmelerini ve kasılmalara ilişkin hissedilen kaygı düzeylerinin azalmasını sağlamış olabilir.

Çalışmada girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği alt boyutlarından olumlu duygularda ve davranışlarda yetersizlik alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-2,931$; $d=-0,883$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Calpbinici ve Özçirpan (2022) yaptıkları çalışmada, gebelere uygulanan motivasyonel görüşme tekniğine dayalı eğitimin olumlu duygularda ve davranışlarda yetersizlik alt boyut puan ortalamalarını anlamlı derecede azalttığını saptamıştır. Çalışmamız da, girişim grubunda yer alan gebelerin olumlu duygularda ve davranışlarda yetersizlik alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan gebelere göre anlamlı derecede daha düşük olması, girişim grubunda yer alan gebelerin doğum sırasında kontrol duygularının daha güçlü olmasından ve süreci daha etkin yönetmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde yapılan çalışma sonuçları da bu yorumu destekler niteliktedir. Demirel ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada doğum sonu dönemde değerlendirilen doğum korkusu ile doğum sırasında hissedilen kontrol algısı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Uçar ve Golbasi (2019) bilişsel davranışçı terapi yönteminin doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları deneysel çalışmada, doğumun aktif fazında girişim grubunda yer alan gebelerin %3,8' inin, kontrol grubunda yer alan gebelerin %22,0' inin kontrol kaybı yaşadığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Byrne ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitiminin doğum sonu dönemde doğum korku düzeyini azaltmada, doğum sırasında kontrol duygusunu ve güven duygusunu arttırmada etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmada çözüm odaklı yaklaşım programı ile gebelere olumlu bakış açısı kazandırılması, oturumlarda pozitif

dil kullanılması, olumsuz duyguların yeniden çerçeveleme tekniği kullanılarak yeniden yapılandırılması, gebelerin doğum eylemine yönelik bakış açılarını ve algılarını yeniden inşa etmelerini sağlamıştır. Ayrıca oturumlarda gebelerle olumlu doğum hikayeleri paylaşılmış ve hayal ettikleri kendi doğum öykülerini sadece olumlu ifadeler kullanarak yazmaları istenmiştir. Bu uygulamaların yanı sıra gebeler doğum eylemi ve yönetimi konusunda teorik olarak bilgilendirilmiştir. Tüm bu müdahaleler ve eğitim sırasında öğretilen nefes ve gevşeme egzersizleri gebelerin doğum sırasında kontrol duygularının daha güçlü olmasını sağlayarak olumlu duygularda ve davranışlarda yetersizlik alt boyut puan ortalamalarının azalmasını sağlamış olabilir.

Çalışmada girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği, yalnızlık alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-2,680$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1). Çalışma bulgusuyla benzer olarak Calpbinici ve Özçirpan (2022) yaptıkları çalışmada, gebelere uygulanan motivasyonel görüşme tekniğine dayalı eğitimin yalnızlık alt boyut puan ortalamalarını anlamlı derecede azalttığını saptamıştır. Uçar ve Golbasi (2019) bilişsel davranışçı terapi yönteminin doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, doğumun aktif fazında girişim grubundaki gebelerin %44,2' sinin, kontrol grubundaki gebelerin %74,6' sının yalnız kalmak istemediği ve gruplar arasında anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Arfaie ve ark. (2017) yaptıkları kalitatif çalışmada, doğum sırasında hissedilen yalnızlık duygusunun doğum korkusuna neden olduğunu saptamıştır. Unutkan (2018) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, doğum korkusu yaşayan gebelere verilen antenatal eğitim ve bakımın doğum sırasında hissedilen yalnızlık duygusunu anlamlı düzeyde azalttığını saptamıştır. Çalışma sonuçları, gebenin doğum sırasında hissettiği yalnızlık duygusunun azaltılmasının doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğunu ve doğumda güven duygusunu arttırabileceğini göstermektedir.

Çalışmada girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği, doğuma ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-0,770$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bu sonuç doğuma ilişkin hissedilen kaygıların kontrol altına alınmasının, doğum sonu dönemde doğum korku düzeyini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgusuyla benzer olarak; Mohiti ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, çözüm odaklı yaklaşımın doğum sırasında hissedilen kaygı düzeyini anlamlı derecede azalttığını saptamıştır. Unutkan (2018) yaptığı çalışmada, doğum korkusu yaşayan

gebelere verilen antenatal eğitim ve bakımın doğuma ilişkin kaygıları anlamlı düzeyde azalttığını, Sümer (2019) yaptığı çalışmada antenatal dönemde uygulanan eğitimin doğuma ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak azalttığını ve doğuma ilişkin hissedilen kaygılar ile baş etmenin doğum sonu dönemde hissedilen doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu belirlemiştir.

Çalışmada girişim grubunda yer alan annelerin bebeğe ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu ancak aradaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.4.1). Çözüm odaklı yaklaşıma benzer müdahale yöntemlerinin uygulandığı çalışmalarda da (motivasyonel görüşme, psikoterapi ve farkındalık temelli uygulamalar) çalışma bulgumuzla benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sümer, 2019; Irmak Vural ve Aslan, 2019; Calpbinici ve Özçirpan, 2022). Çalışmamızda bebeğe ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalaması, annelerin doğum veya doğum kasılmaları sırasında bebeğin zarar göreceğine ve öleceğine yönelik düşünceleri sorgulanarak belirlenmiştir. Girişim grubunda yer alan gebelerin, bebeğe ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olması annelerin doğum sırasındaki kasılmalarla etkin baş ettiğini bu nedenle de bebeğin sağlık durumuna yönelik kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Girişim grubunda yer alan gebelerin kasılmalara ilişkin kaygılar puan ortalamasının, kontrol grubuna göre daha düşük olması da bu yorumu desteklemektedir ($p<0,01$) (Tablo 4.4.1).

5.4.Gebelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplara göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Doğum sonu dönem, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, ebeveynlik rollerine geçiş süreci ile birlikte yeni görev ve sorumlulukların üstlenildiği gelişimsel bir geçiş sürecidir (Ay ve ark., 2018; Taşkın, 2021). Doğum sonu dönemde annenin yaşadığı fizyolojik ve psikososyal değişimlere uyum sağlaması, annelik rolünü benimsemesi, kendi öz bakımını ve bebeğinin bakım ihtiyaçlarını karşılaması beklenmektedir. Bu sürece adapte olmaya çalışmak annenin farklı düzeylerde stres, güvensizlik hissi ve anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (Solmeyer ve Feinmerg, 2011, Nilsson ve ark., 2015). Doğum sonu güvenlik hissi, annelerin postpartum dönemde artan sorumluluklarını, yaşadığı kaygı ve stres düzeyini yönetebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Persson ve ark., 2007). Doğum sonu süreci yönetebilme becerisi kazanan ve bu süreçte desteklenen annelerin kendilerini huzurlu, mutlu, güvende hissettikleri ve çevresiyle pozitif ilişkiler kurabildikleri belirtilmektedir (Kvist ve Persson, 2009). Bu nedenle postpartum dönemde ilk haftada kadınların annelik deneyimi için güvende hissetmesi oldukça önemlidir (Persson ve Dykes, 2009).

Çalışmamızda, girişim grubunda yer alan annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının (65.55 ± 7.12), kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına (51.98 ± 7.53) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($p < 0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d = 1,852$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.1). Bu sonuçlara göre H_{0d} hipotezi (***H_{0d}: Girişim grubu ile kontrol grubu arasında son test ölçümlerinde Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği puan ortalamaları yönünden fark yoktur***) reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarında, girişim grubunda yer alan annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olması çözüm odaklı yaklaşımın doğum sonu dönemde annelerin güvende hissetmelerini sağlamada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca gebelik ve doğum sonu dönemde doğum korku düzeyindeki azalmanın da doğum sonu döneme olumlu yansıdığı ve annelerin güvenlik hislerini arttırdığı söylenebilir.

Literatürde, çözüm odaklı yaklaşımın annelerin doğum sonu dönemde güvenlik hislerine etkisini doğrudan değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak annenin doğum sonu dönemde güvende hissetmesini sağlayan faktörlere ilişkin çalışmalar olduğu görülmektedir. Annenin mental sağlık durumu (Nagy ve ark., 2011; Perrson ve Kwist 2014; Fathi ve ark., 2018), annelik rolünü benimsemesi ve bebeğini kabullenmesi (Şimşek ve Yılmaz Esencan, 2017; Werner-Bierwisch ve ark., 2018), doğum algısı (Aksoy Derya ve ark., 2019) ve emzirme davranışı (Palmer ve ark., 2012; Gianni ve ark., 2019) doğum sonu dönemde güvende hissetmesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Ramezani ve ark. (2017) nulliparlarla yaptıkları çalışmada, gebelikte uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın postpartum depresyon puan ortalamalarını azalttığını saptamıştır. Demir (2020) yaptığı çalışmada prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelere doğum sonu dönemde uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın, annelerin bebek bakımı konusundaki kaygı düzeylerini azalttığını ve çözüm odaklı baş etme becerilerini arttırdığını belirlemiştir.

Literatürde, çözüm odaklı yaklaşıma benzer müdahale yöntemlerinin (psikoeğitim, farkındalık temelli müdahaleler, motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışsal terapi yöntemleri) annenin doğum sonu dönemde güvende hissetmesini sağlayan faktörler üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, farkındalık temelli ebeveyn eğitiminin annelerin doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığı (Barimani ve ark., 2017) ve depresyon düzeyini anlamlı derecede azalttığı (Pan ve ark., 2019; Sun ve ark., 2021) etki büyüklüklerinin (sırasıyla $p_{\eta^2} = 0,09$; $d = 0,47$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Bilişsel ve davranışsal stratejilerin uygulandığı psikoeğitim müdahalelerinin doğum sonu depresyon ve anksiyeteyi önlemede (Abdulkhaliq ve ark., 2017; Okatsau ve ark., 2022) ve postpartum depresyonu azaltmada etkili olduğu (Park ve ark., 2020) ve etki büyüklüğünün ($d=-0,307$) orta düzeyde olduğu, prenatal bağlanmayı olumlu etkilediği (Yuen ve ark., 2022), doğum sonu dönemde anne bebek bağlanması puan ortalamalarını anlamlı düzeyde arttırdığı (Shariat ve Abedinia, 2017) ve emzirme davranışlarını anlamlı düzeyde daha olumlu etkilediği (Zhao ve ark., 2021) saptanmıştır. Gebelikte uygulanan psikoterapi uygulamalarının postpartum depresyon puan ortalamalarını anlamlı derecede azalttığı ve annelerin güven duygularını zaman içinde anlamlı derecede arttırdığı (Gao ve ark., 2010; Güdücü, 2021), motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı müdahalelerin emzirmeye yönelik tutum ve davranışları olumlu etkilediği (Addicks ve McNeil, 2019) ve emzirmede annelerin kendilerine olan güven duygularını anlamlı derecede arttırdığı (Cangöl ve Şahin, 2017) saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar, prenatal dönemde uygulanan çözüm odaklı yaklaşım ve benzer müdahalelerin (psikoeğitim, farkındalık temelli müdahaleler, motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışsal terapi yöntemleri) doğum sonu dönemde annelerin mental sağlık durumunu, annelik rolünü benimseme ve bağlanma duygularını, doğum deneyimi algısını ve emzirme davranışını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda, girişim grubunda yer alan annelerin güvenlik hisleri puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması annelerin doğum algılarının daha olumlu olduğunu, doğum sonu dönemde bebeği kabullenme ve bağlanma duygularının daha güçlü olduğunu ve emzirme davranışlarının daha olumlu olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak; gebelikte uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlığı güçlendirdiği, gebelik ve doğum sonu dönemde doğum korkusunu azalttığı belirlenmiştir. Gebelikte psikososyal sağlığı güçlendirmenin ve doğum korkusunun azaltılmasının, doğum sonu döneme olumlu yansıdığı, annelerin doğum sonu dönemde doğum korku düzeylerini azalttığı ve doğum sonu güvenlik hislerini arttırdığı saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Primigravidalara uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşım' ın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Girişim ve kontrol grubunda yer alan sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından benzer özelliklere sahip olduğu ve gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1 ve Tablo 4.1.2).
- Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerinde, GPSDÖ puan ortalamaları (sırasıyla $4,13\pm0,34$; $4,13\pm0,32$) arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0,005$) düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).
- Araştırmada, girişim ve kontrol grupları arasında GPSDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($\eta^2 =,065$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Kontrol grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir değişim olmazken, girişim grubunun GPSDÖ puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir artış olduğu, 37-40. gebelik haftasında tekrar anlamlı düzeyde bir azalma olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.2.2). Ayrıca 37-40. gebelik haftası GPSDÖ puan ortalamasının eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1).
- Girişim ve kontrol gruplarının eğitim sonrası GPSDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda yer alan gebelerin puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d=0,445$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).
- Girişim ve kontrol grubunda yer alan gebelerin eğitim öncesi değerlendirmelerinde W-DEQ (A) puan ortalamaları (sırasıyla 53.79 ± 22.06 ; 59.29 ± 16.75) arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>0,05$) ve etki büyüklüğünün ($d=-0,281$) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).
- Girişim ve kontrol grupları arasında W-DEQ (A) puan ortalamalarının zamana göre değişiminin anlamlı olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($\eta^2 =,474$) geniş düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Kontrol grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında zaman içerisinde anlamlı bir artış meydana gelirken, girişim grubunun W-DEQ (A) puan ortalamalarında eğitim sonrası anlamlı bir azalma olduğu, 37-40. gebelik haftasında tekrar

anlamli düzeyde bir artiş olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.3.2). Ayrıca girişim grubunun 37-40. gebelik haftası W-DEQ (A) puan ortalamasının, eğitim öncesi puan ortalamasına göre anlamli olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 4.3.1).

- Girişim ve kontrol gruplarının eğitim sonrası ve 37-40. gebelik haftasında W-DEQ (A) puan ortalamaları karşılaştırıldığında, girişim grubunda yer alan gebelerin puan ortalamalarının anlamli olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-3,051$; $d=-3,052$) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).
- Girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) toplam puan ortalamalarının (30.14 ± 13.53), kontrol grubunda yer alan annelerin puan ortalamalarına (75.05 ± 15.81) göre anlamli derecede düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-3.051$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1).
- Girişim grubunda yer alan annelerin W-DEQ (B) ölçeği alt boyutlarından kasılmalara ilişkin kaygılar, olumlu duygularda yetersizlik, olumlu davranışlarda yetersizlik ve yalnızlık alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamli derecede düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüklerinin (sırasıyla $d=-3,173$; $d=-2,931$; $d=-0,883$; $d=-2,680$) yüksek düzeyde olduğu, doğuma ilişkin kaygılar alt boyut puan ortalamasının, kontrol grubuna göre anlamli derecede düşük olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=-0,770$) orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1).
- Girişim grubunda yer alan annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği toplam puan ortalamalarının ($65,55\pm7,12$), kontrol grubundaki annelerin puan ortalamalarına ($51,98\pm7,53$) göre anlamli derecede yüksek olduğu ($p<0,01$) ve etki büyüklüğünün ($d=1,852$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.1).

6.2.Öneriler

Araştırmada primigravidalara uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın doğum korku düzeyini azaltmada, psikososyal sağlık düzeyini ve doğum sonu güvenlik hislerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Antenatal bakım hizmetleri kapsamında psikososyal sağlığı değerlendirme ölçüm araçları kullanılarak gebelerin yakından değerlendirilmesi, risk grubunda olan ya da psikososyal sağlık durumu kötü olan gebelerin ilgili merkezlere yönlendirilerek profesyonel destek almalarının sağlanması,
- Kadın sağlığı alanında çalışan tüm sağlık profesyonellerinin gebelikte psikososyal sağlık ile ilgili eğitim ve farkındalıklarının artmasını sağlamak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Antenatal izlemlerde ve doğum sonu dönemde doğum korku düzeyinin rutin olarak değerlendirilmesi,
- Yüksek/şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan ve baş etme konusunda kendini yeterli hissetmeyen gebelere uygun eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması, gerekli durumlarda ilgili birimlere yönlendirilmesi,
- Gebelikte ve doğum sonu dönemde doğum korkusuyla baş etmeye yönelik planlanan müdahalelere Çözüm Odaklı Yaklaşım dayalı danışmanlık programlarının entegre edilmesi,
- Doğum korkusuyla baş etmede Çözüm Odaklı Yaklaşım dayalı danışmanlık programının multipar gebeler ve yüksek/şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşayan gebelere de uygulanarak etkinliğinin belirlenmesi,
- Doğum korkusuyla baş etmede Çözüm Odaklı Yaklaşım yöntemi ile farklı müdahale yöntemlerinin karşılaştırılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla Network meta analiz çalışmalarının yapılması,
- Çözüm Odaklı Yaklaşımın doğum şekli, doğum süreci ve sonuçlarına etkisini değerlendiren deneysel çalışmaların yapılması,
- Doğum korkusuyla baş etmede önemli sorumlulukları olan hemşire ve ebeler, Çözüm Odaklı Yaklaşım dayalı danışmanlık programlarının planlanması ve uygulanmasında aktif rol almasını sağlamak amacıyla bilgi ve becerilerin kazandırılması,

- Doğum öncesi eğitim ve danışmanlık programlarına ulaşma konusunda sorun yaşayan gebeler için doğum korkusuyla baş etmede Çözüm Odaklı Yaklaşım programının web tabanlı uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde Çözüm Odaklı Yaklaşım programının uygulamada etkin kullanılabilmesi amacıyla maliyet etkinlik analizi üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar yapılması,
- Doğum sonu dönemde sağlık profesyonelleri tarafından annelerin güvenlik hislerinin değerlendirilmesi, güvenlik hislerini etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi ve güvende hissetmeyen annelerin profesyonel destek almalarının sağlanması,
- Doğum sonu dönemde annelerin güvende hissetmelerini sağlamak amacıyla planlanan müdahalelere Çözüm Odaklı Yaklaşım dayalı danışmanlık programlarının entegre edilmesi önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Abazarnajad, T., Ahmadi, A., Nouhi, E., Mirzaee, M., & Atghai, M. (2019). Effectiveness of psycho-educational counseling on anxiety in preeclampsia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 276–282. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0134>
- Abbasi, A., Mohammadi, M.R., Zaharakar, K., Davarniya, R., & Babaeigarmkhani, M. (2017). Effectiveness of Solution- Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing depression and increasing marital satisfaction in married women. *Iran Journal of Nursing*, 30, 34-46. <https://doi.org/10.29252/IJN.30.105.34>
- Abdollahi, S., Faramarzi, M., Delavar, M.A., Bakouei, F., Chehrizi, M., et al. (2020). Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 11, 787. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00787>
- Abdulkhaliq, A., Alshehri, A., bin Alhasel, H.M., & Abdelgadir, H.S. (2018). Effectiveness of psychological intervention in management of postpartum depression. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70, 12, 2157-2161. <https://doi.org/10.12816/0045045>
- ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. (2018). *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), e140–e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>
- Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>
- Addicks, S.H., & McNeil, D.W. (2019). Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among appalachian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 48(4), 418–432. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.05.003>
- Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L.O., & Josefsson, A. (2012). Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 11–17. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.11>
- Airo Toivanen, R., Korja, R., Saisto, T., Rouhe, H., Muotka, J., et al. (2018). Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 363–380. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1462477>
- Akçalı Aslan, P., Aydın, N., Yazıcı, E., Aksoy, A. N., Kirkan, T. S., et al. (2014). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 809–817. <https://doi.org/10.1177/0020764014524738>
- Akgül Gündoğdu, N., Zincir, H., & Güler, N. (2016). Çözüm odaklı yaklaşım ve hemşirelikte kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 5(3), 145-152. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.234017>
- Akgün, M., Boz, İ., & Özer, Z. (2020). The effect of psychoeducation on fear of childbirth and birth type: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 253–265. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1689950>
- Akın, B., & Koçoğlu, D. (2017). Randomize Kontrollü Deneyler, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 73-92.
- Akın, B., Yeşil, Y., Yucel, U., & Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korkusu düzeyine etkisi. *Life Sciences (NWSALS)*, 13(2), 11-20.
- Aksay, Y., Gülhan, Y.B., Saygın, N. & Körükcü, Ö. (2017). Gebelerin psikososyal sağlıkları doğum tercihini etkiler mi? . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 138-145.
- Aksoy Derya, Y., Erdemoğlu, Ç., Özşahin, Z., & Karakayalı, Ç. (2019). Annenin doğumu algılamasının doğum sonu güvenlik hissine etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 88-95.
- Aksoy, N.A. (2015). Fear of childbirth: review of the literature. *ODU Journal of Medicine*, 2(1), 161-165.
- Alessandra, S., & Roberta, L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr. J. Clin. Psychol*, 1(1), 1-18.
- Alipour, Z., Kheirabadi, G. R., Kazemi, A., & Fooladi, M. (2018). The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal = La revue de*

- sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit, 24(6), 549–559. <https://doi.org/10.26719/2018.24.6.549>
- Altuntuğ, K., & Ege, E. (2012). Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 214-22.
- Alves, S.P., Costa, T., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). Perinatal mental health counselling programme: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 106, 170–179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.347>
- Al-Zahrani, A., Almutairi, W., Elsaba, H., Alzahrani, S., Alzahrani, S., et al. (2021). Primiparous adaptation with postpartum health issues in Jeddah City, Kingdom of Saudi Arabia: A quantitative study. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 11(4), 775–786. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040074>
- Amis, D. (2015). A childbirth educator's commentary on hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 154–159. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.154>
- Andaroon, N., Kordi, M., Kimiaee, S. A., & Esmaeili, H. (2020). The effect of individual counseling on attitudes and decisional conflict in the choice of delivery among nulliparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 35. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_472_18
- Andersson, E., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), 502–508. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.006>
- Anık, Y. & Altuntuğ, K. (2021). Primigravidalara uygulanan çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisi: randomize kontrollü çalışma protokolü. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 80-95.
- Anık, Y., & Ege, E. (2020). The Relationship between psychosocial health status and risk of depression among pregnant women in Turkey. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(2), 2177-2186. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2020.38681.1430>
- Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulina, M. D., & Orovou, E. (2021). Perinatal mental health; the role and the effect of the partner: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1572. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>
- Areskog, B., Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12(5), 262–266. <https://doi.org/10.1159/000299611>
- Arfaie, K., Nahidi, F., Simbar, M., & Bakhtiari, M. (2017). The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic Physician*, 9(2), 3733–3740. <https://doi.org/10.19082/3733>
- Arslan Özkan, H., Özbek, Ş., & Bursa, A. (2015). Küreselleşen sağlık ve kadın sağlığı hemşireliği. *KASHED*, 2(2), 46-57.
- Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A.M. & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (1), 179-192. <https://doi.org/10.17681/hsp.432333>
- Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., & Şahbaz, M. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Med J*, 45(1), 239-250. <https://doi.org/10.17826/cumj.647253>
- Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2021). Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03504-8>
- Aslan, M., & Bıyık, İ. (2020). Doğum korkusunun gebelik haftası ve sayısı ile ilişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg.* (3), 494-499. <https://doi.org/10.31067/0.2020.261>
- Aslani, A., Khosravi, A., Farjamfar, M., & Poorheidari, M. (2017). The effect of group training of solution-focused stress management on pregnant women's stress. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(6), 619-624.
- Ateş, B. (2018). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma (Kuram ve Uygulama)* (4. Baskı). Ayrıntı Basımevi.

- Axelsen, S.F., Brixval, C.S., Due, P., & Koushede, V. (2014). Integrating couple relationship education in antenatal education - a study of perceived relevance among expectant Danish parents. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(4), 174–175. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.006>
- Ay, F., Tektaş, E., Mak, A. & Aktay, N. (2018). Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 147-152. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.31549>
- Aydın-Kartal, Y. & Aksoy, T. (2021). Tarihten günümüze ebelik eğitimi ve mesleğine kısa bir bakış. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(1), 98-102. <https://doi.org/10.34108/euihs.738508>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., Crawley, R., Webb, R., Button, S., Thornton, A., et al. (2019). What are women stressed about after birth? *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(4), 678–685. <https://doi.org/10.1111/birt.12455>
- Azimi, M., Fahami, F., & Mohamadirizi, S. (2018). The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research*, 23(3), 235–239. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_170_16
- Bağcı, S., & Altıntuğ, K. (2016). Annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *JHS*, 13(2), 3266-79.
- Bahorski, J.S., Childs, G.D., Loan, L.A., Azuero, A., Morrison, S.A., et al. (2019). Self-efficacy, infant feeding practices, and infant weight gain: An integrative review. *Journal of Child Health Care: for Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 23(2), 286–310. <https://doi.org/10.1177/1367493518788466>
- Bakhteh, A., Jaberghaderi, N., Rezaei, M., Naghibzadeh, Z.A., Kolivand, M., et al. (2022). The effect of interventions in alleviating fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2059458>
- Bakır, N., & Sarıayım, Ş. (2020). The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women. *Perinatal Journal*, 28(2), 73-81. <https://doi.org/10.2399/prn.20.0282006>
- Balaskas, J. (1992). *Active Birth-Revised Edition: The New Approach to Giving Birth Naturally*. Harvard Common Press.
- Balogun, O.O., O'Sullivan, E.J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., et al. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD001688. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
- Bannink, F. (2010). 1001 solution focused questions. In: *Handbook for Solution-Focused Interviewing*. W.W.Norton & Company.
- Bardacke, N. (2017). *Farkındalıkla Doğum*. Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık tic. A.Ş.
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811–817. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Barut, S. & Uçar, T. (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 107-115. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.331077>
- Bayrı Bingöl, F., Demirgoz Bal, M., Dişsiz, M., Taylan Sormageç, M., & Özlükan Çimen, B. (2022). Psychodrama as a new intervention for reducing fear of childbirth: A randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 42(7), 2946–2953. <https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2114329>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>

- Bekmezci, E. & Meram, H.E. (2022). Doğum sonu dönemde sık görülen sorunlara yönelik güncel yaklaşımlar. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 81-92.
- Bektaş, H.A. (2019). *Gebelikte PLISSIT modeline temelli NLP tekniklerinin kullanımının doğum korkusuna etkisi*. (Tez No: 554758) [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa]. Ulusal Tez Merkezi
- Berg, I., & Miller, S. (1992). *Working with the problem drinker*. Norton.
- Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(2), 158–159. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.119649>
- Bilge, Ç., Mecdi Kaydırak, M., Öner, Ö., & Balkaya, N.A. (2021). Gebelikte cinsel işlev ve cinsel memnuniyetin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 684-693. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.820979>
- Bolsoy, N., Çelik, N., & Şimşek, H.N. (2019). Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitim obstetrik ve maternal sonuçları iyileştirir mi? Sistematik inceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 82-90.
- Boran, P., Dönmez, M., Barış, E., Us, M.C., Altaş, Z.M., et al. (2023). Delivering the Thinking Healthy Programme as a universal group intervention integrated into routine antenatal care: A randomized-controlled pilot study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04499-6>
- Boutron, I., Altman, D.G., Moher, D., Schulz, K.F., Ravaud, P., et al. (2017). CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 167(1), 40–47. <https://doi.org/10.7326/M17-0046>
- Boz, İ., Akgün, M., & Duman, F. (2021). A feasibility study of a psychoeducation intervention based on Human Caring Theory in nulliparous women with fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(4), 300–312. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1752173>
- Bölükbaşı, H., & Şanlıer, N. (2017). Postpartum depresyonun annelerin emzirme başarısı, öz yeterliliği ve anne sütüne etkileri. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics*, 3(2):111-6.
- Breastfeeding Challenges: ACOG Committee Opinion, Number 820. (2021). *Obstetrics and gynecology*, 137(2), e42–e53. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004253>
- Brown, L.D., Feinberg, M., & Kan, M.L. (2012). Predicting engagement in a transition to parenthood program for couples. *Evaluation and Program Planning*, 35(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.05.001>
- Bulut, A., & Yiğitbaş, Ç. (2018). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1), 5-9.
- Buran, G. (2015). Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları: 2013-2015. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1), 25-32.
- Buran, G., & Aksu, H. (2022). Effect of hypnobirthing training on fear, pain, satisfaction related to birth, and birth outcomes: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 918–930. <https://doi.org/10.1177/10547738211073394>
- Buran, G., Olgac, Z., & Karacam, Z. (2020). Doğuma hazırlık sınıflarının kadınların doğum şekli, korkusu ve deneyimine etkisi: sistematik derleme. *Life Sciences*, 15(4), 41-54.
- Burns, K. (2005). *Focus on Solutions A Health Professional's Guide*. Whurr Publishers Ltd.
- Buyukbayrak, E.E., Kaymaz, O., Kars, B., Karsidag, A.Y., Bektas, E., et al. (2010). Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 155–158. <https://doi.org/10.3109/01443610903461436>
- Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., & Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3), 126-130. <https://doi.org/10.34108/eujhs.552894>
- Bülez, A., Çeber Turfan, E., Soğukpınar, N. (2019). Evaluation of the effect of Hypnobirthing education durring antenatal period on fear of childbirth. *The European Research Journal*, 5(2), 350-354. <https://doi.org/10.18621/eurj.371102>

- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192–197. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>
- Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A. M., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103169>
- Calpbiniçi, P., & Özçirpan, Ç.Y. (2022). The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: A randomized controlled trial. *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03285-7>
- Cangöl, E., & Şahin, N.H. (2017). The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeeding Medicine: the Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12, 218–226. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0190>
- Chaharrahifard, L., Jashni Motlagh, A., Akbari-Kamrani, M., Ataee, M., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2021). The effect of midwife-led psycho-education on parental stress, postpartum depression and parental competency in high risk pregnancy women: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 10(2), 70–76. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.014>
- Chandler, G.E., & Wilson, D. (2016). Solution-focused nursing in a crisis situation improves patient outcomes. *Nursing*, 46(12), 15–18. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000504690.97120.14>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Connie, E., & Metcalf, L. (2009). *The Art of Solution Focused Therapy*. Springer Publishing Company.
- Cooklin, A.R., Amir, L.H., Nguyen, C.D., Buck, M.L., Cullinane, M., et al. (2018). Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum: a prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 365–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B.P., & Bakir, V.L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(6), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/jog.12048>
- Corcoran, J. (2002). Developmental adaptations of Solution-Focused Family Therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(4), 301-313. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/2.4.301>
- Coşkun, A.M., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *HEAD*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.001>
- Coşkun Potur, D., Mamuk, R., Şahin, N.H., Demirci, N., & Hamlaci, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, 64(4), 576–583. <https://doi.org/10.1111/inr.12378>
- Çakır Koçak, Y., & Sevil, Ü. (2016). Kültürel inanç ve uygulamalar. Sevil, Ü., & Ertem, G (Edt.), *Perinatoloji ve Bakım* (1. Baskı). Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
- Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818–829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>
- Çıtak Bilgin, N., Coşkun, H., Coşkun Potur, D., İbar Aydın, E., & Uca, E. (2021). Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 123–131. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734791>
- Çiçek, Ö., & Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *DEUHFED*, 8(4), 263-8.
- Dagla, M., Dagla, C., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Sotiropoulou, D., Kavakou, A. T., et al. (2021). Do maternal stress and depressive symptoms in perinatal period predict the lactation mastitis occurrence? A Retrospective longitudinal study in Greek women. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(9), 1524. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11091524>

- Danbjørg, D.B., Wagner, L., & Clemensen, J. (2014). Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital? A feasibility study. *Midwifery*, 30(6), 725–732. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.006>
- De Shazer, S. (1987). Minimal elegance. *The Family Therapy Networker*, 59.
- De Shazer, S., & Kim Berg, I. (1997). “What works?” remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00043>
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., et al. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., et al. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy*. Haworth Press.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Değirmenci, F., & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2020). The relationship between psychosocial health status and social support of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 290-297. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678021>
- Deliktas, A., & Kukulu, K. (2019). Pregnant women in turkey experience severe fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(5), 501–511. <https://doi.org/10.1177/1043659618823905>
- Demir, C. (2020). *Prematüre bebek bakımı konusunda kaygı yaşayan annelerde çözüm odaklı yaklaşımın etkisi* (Tez No: 641519) [Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *MÜSBED*, 4(4), 200-206. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140902023654>
- Demirel, G., Kaya, N., & Evcili, F. (2022). The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: the Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 42(1), 83–90. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1882970>
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., et al. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(2), 151–154. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., et al. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Derya, Y.A., Özşahin, Z., Uçar, T., Erdemoğlu, Ç., & Ünver, H. (2018). Gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisi ile psikososyal sağlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 171-177. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.452447>
- Dick-Read, G. (2013). *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth* (2nd ed.) Pinter & Martin Ltd.
- Dinç, H., & Şolt, A. (2017). Kadın hayatının evreleri. İçinde H. Karanisoğlu, S. Yazıcı, & T. Yılmaz (Ed.), *Doğum Öncesi Dönem ve Bakım* (pp. 17–27). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dinmohammadi, S., Dadashi, M., Ahmadnia, E., Janani, L., & Kharaghani, R. (2021). The effect of solution-focused counseling on violence rate and quality of life of pregnant women at risk of domestic violence: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03674-z>
- Doğan, G., & Kızıltan, G. (2019). Annelerin postpartum depresyon risk faktörlerinin değerlendirmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 4(2), 105-121. <https://doi.org/10.24938/kutfd.331954>
- Doğan, S. (1999). Çözüm-odaklı kısa süreli terapi: Kuramsal bir inceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2, 23-38.

- Doğrusoy, T., & Çoban, A. (2021). Aile sağlığı merkezine hizmet almaya gelen gebelerin psikososyal sağlık düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 501-513. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.881021>
- Dölek, N., & Kunter, F., (2019). *Çözüm Odaklı Danışmanlık Yaklaşımı*, Seminer Notları, İstanbul.
- Dönmez, S., Yeniel, Ö., & Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Dryer, R., Chee, P., & Brunton, R. (2022). The role of body dissatisfaction and self-compassion in pregnancy-related anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 313, 84–91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.068>
- Durmazoğlu, G., Çeçe, Ö., Yaşaroğlu Toksoy, S., Okumuş, H., & Aluş Tokat, M. (2021). Gebe okulu eğitimcileri ve emzirme hemşirelerine verilen Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş emzirme eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 14(1), 79-88. <https://doi.org/10.31362/patd.758760>
- Egelioğlu Çetişli, N., Işık, S., Kahveci, M., & Hacılar, A. (2020). Primipar annelerde doğum şekline göre postpartum fiziksel semptom şiddeti ve emzirme davranışları. *HEAD*, 17(2), 98–103. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2020.68095>
- Eick, S.M., Goin, D.E., Izano, M.A., Cushing, L., DeMicco, E., et al. (2020). Relationships between psychosocial stressors among pregnant women in San Francisco: A path analysis. *PloS one*, 15(6), e0234579. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234579>
- El-Aziz, S.N.A., Mansour, S.E.S., & Hassan, N.F. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(1), 133–145. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n1p133>
- Ellberg, L., Högborg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463–468. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.006>
- Elmas, S., Yeygel, S., & Saruhan, A. (2017). Doğum öncesi eğitim modelleri eşliğinde doğal doğum. *Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg*, 20(4), 299-303.
- England, P., & Horowitz, R. (2000). "The birthing from within holistic sphere": a conceptual model for childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 1–7. <https://doi.org/10.1624/105812400X87590>
- Entsieh, A.A., & Hallström, I.K. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.006>
- Erçel, Ö., & Süt, H. (2020). Postpartum dönem kadınlarında uyku ve yaşam kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1, 23-30. <https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2019.92400>
- Erdemoğlu, Ç., Özşahin, Z., & Altıparmak, S. (2019). The effect of personality traits of pregnant and their ways of coping with stress on the fear of childbirth. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(3), 130–139. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00330>
- Erenoğlu, R. & Başer, M. (2018). Annelerin doğumdan sonra taburculuğa hazır oluşluk düzeyleri, *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 27(2),100-105.
- Eri, T.S., Berg, M., Dahl, B., Gottfredsdóttir, H., Sommerseth, E., et al. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4, 30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalık, K.Y. (2017). Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 1045-1052. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2017.02.151>
- Eroğlu, F., & İrdem, Ş. (2016). Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve yönetim kademelerindeki yansımaları, *PIBYD*, 3(2), 11-35. <https://doi.org/10.5505/pibyd.2016.7028>
- Escribano, S., Oliver-Roig, A., Cano-Climent, A., Richart-Martínez, M., Persson, E. K., et al. (2020). The spanish version of the mothers' postnatal sense of security scale: Psychometric properties and predictive utility. *Research in Nursing & Health*, 43(6), 651–661. <https://doi.org/10.1002/nur.22071>
- Esencan, T.Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A.D., Abbasoğlu, D.E., Külek, H., et al. (2018). Type of delivery, time of initial breastfeeding, and skin-to-skin contact of pregnant women participating in childbirth preparation

- education. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43. <https://doi.org/10.26650/FNJJN.387192>
- Esfandiari, M., Faramarzi, M., Nasiri-Amiri, F., Parsian, H., Chehraz, M., et al. (2020). Effect of supportive counseling on pregnancy-specific stress, general stress, and prenatal health behaviors: A multicenter randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2297–2304. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.024>
- Eslahi, Z., Bahrami, N., Allen, K. A., & Alimoradi, Z. (2021). Spouse's social support in the postpartum period, predictors and its relationship with postpartum depression in a sample of Iranian primiparous women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 154(1), 24–30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13488>
- Evçili, F., Bekar, M., Yurtsal, M., Abak, G., Tali, B., ve ark. (2018). Doğum sonu dönemdeki kadınların annelik rolüne hazıroluşluk durumlarının ve özgüvenlerinin değerlendirilmesi. *STED*, 27(1), 56-61.
- Evçili, F., Gülçin, A., Berrin, T., & Yurtsal, Z.B. (2014). Erken postpartum dönemde bulunan lohusaların anne bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri. *STED*, 23(4), 138-145.
- Fahlbeck, H., Johansson, M., Hildingsson, I., & Larsson, B. (2022). 'A longing for a sense of security' - Women's experiences of continuity of midwifery care in rural Sweden: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 33, 100759. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2022.100759>
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R., & Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*, 30(2), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.011>
- Fathi, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2018). Maternal self-efficacy, postpartum depression, and their relationship with functional status in Iranian mothers. *Women & Health*, 58(2), 188–203. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1292340>
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., & Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 23(1), 10–21. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.06.001>
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., et al. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 284. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
- Fenwick, J., Toohill, J., Slavin, V., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2018). Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.004>
- Fink, A.M. (2011). Early hospital discharge in maternal and newborn care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 40(2), 149–156. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01225.x>
- Firouzbakht, M., Nikpour, M., Salmalian, H., Ledari, F. M., & Khafri, S. (2013). The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 61–68. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p61>
- Fontein-Kuipers, Y.J., Nieuwenhuijze, M.J., Ausems, M., Budé, L., & de Vries, R. (2014). Antenatal interventions to reduce maternal distress: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(4), 389–397. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12500>
- Fox, H., Callander, E., Lindsay, D., & Topp, S. (2019). Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2369-5>
- Fuchs, A., Czech, I., Dulská, A., & Drosdzol-Cop, A. (2021). The impact of motherhood on sexuality. *Ginekologia Polska*, 92(1), 1–6. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0162>
- Gadit A.M. (2016). Psychosocial aspects of pregnant women living with diabetes. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(9 Suppl 1), S99–S100.
- Gao, L. L., Liu, X. J., Fu, B. L., & Xie, W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 31(9), 865–870. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.003>

- Gao, L.L., Chan, S.W., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010>
- Gao, L.L., Chan, S.W., Li, X., Chen, S., & Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1208–1216. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002>
- Geçkil, E., Koçak, V., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2016). Annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 233-42.
- Genç Koyucu, R., Ülkar, D. & Erdem, B. (2020). Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 652-663. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.745511>
- Ghazanfarpour, M., Bahrami, F., Rashidi Fakari, F., Ashrafinia, F., Babakhanian, M., et al. (2022). Prevalence of anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 43(3), 315–326. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1929162>
- Gianni, M.L., Bettinelli, M.E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., et al. (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gingerich, J.W., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477–498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
- Gingerich, W.J., & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283. <https://doi.org/10.1177/1049731512470859>
- Gökçe İsbir, G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P.D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research: ANR*, 32, 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013>
- Gökçe İsbir, G., Serçekuş, P., Yenal, K., Okumuş, H., Durgun Ozan, et al. (2022). The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2057938>
- Gönenç, İ. M., Aker, M. N., Güven, H., & Moraloğlu Tekin, Ö. (2020). The effect of the personality traits of pregnant women on the fear of childbirth. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 347–354. <https://doi.org/10.1111/ppc.12440>
- Grant, A.M. (2012). Making positive change: A randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies*, 31(2), 21–35. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2012.31.2.21>
- Grekin, R., O'Hara, M.W., & Brock, R.L. (2021). A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 259–270. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01068-2>
- Gutteridge, K. (2013). Who's afraid of the big bad birth? *MIDIRS Midwifery Digest*, 23(4), 441-6.
- Güdücü, N. (2021). *Duygusal özgürlük teknikleri (EFT)'nin postpartum depresyon üzerine etkisi*. (Tez No: 661439) [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa]. Ulusal Tez Merkezi
- Güleç, D., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2014). Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *HEAD*, 11(1), 54-60.
- Gülşen, Ç., & Merih, D.Y. (2018). Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *KASHED*, 4(1), 20-34.
- Güner, P.D., Bölükbaşı, H., Tezcan, E., Gözükar, İ., Hakverdi, A.U., et al. (2021). Prenatal dönemdeki gebe kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumu ile ilişkili faktörler. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(1), 45-51. <https://doi.org/10.5505/kjms.2021.76768>

- Güney, E., Cengizhan, S.Ö., Karataş Okyay, E., Bal, Z., & Uçar, T. (2022). Effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 47, 101566. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101566>
- Güngör, İ., Rathfisch, G., & Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 21(1), 49-56.
- Gürcüoğlu Arslan, E., & Vural, G., (2018). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal*, 29(1), 34-40.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*, http://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
- Häggkvist, A.P., Brantsæter, A.L., Grjibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M., et al. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian mother and child cohort study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076–2086. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001771>
- Haines, H., Pallant, J.F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004>
- Hamama-Raz, Y., Sommerfeld, E., Ken-Dror, D., Lacher, R., & Ben-Ezra, M. (2017). The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: A preliminary study. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 385–396. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9455-x>
- Handelzalts, J.E., Becker, G., Ahren, M.P., Lurie, S., Raz, N., et al. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(5), 1055–1062. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3532-x>
- Harron, K., Gilbert, R., Fagg, J., Guttmann, A., & van der Meulen, J. (2021). Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. *The Lancet. Public Health*, 6(2), e97–e105. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30210-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30210-3)
- Hassan, I.A.S, & Hamza, L.K. (2020). Unique case of a tenth cesarean section in an emirati woman. *Dubai Med J*, 3, 5-7. <https://doi.org/10.1159/000505725>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Women's Health*, 20(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01048-9>
- Hatamleh, R., Abujilban, S., AbuAbed, A.S.A., & Abuhammad, S. (2019). The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 72, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.002>
- Hauck, Y.L., Fenwick, J., Dhaliwal, S.S., & Butt, J. (2011). A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 15(2), 260–268. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0554-2>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I., & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth-A qualitative study. *Sexual & reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 25, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hildingsson, I., & Thomas, J.E. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023>
- Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C., & Haines, H. (2019). Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women and Birth*, 32(1), 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.014>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlstrom, A., & Haines, H. (2018). Exploring the fear of birth scale in a mixed population of women of childbearing age-a Swedish pilot study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(5), 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.005>
- Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654–662. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>

- Hofberg, K., & Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505>
- Hofberg, K.M., & Brockington, I.F. (2000). Tokophobia: a morbid dread of childbirth. its presence in Great Britain and Gran Cayman. *J Psychosomatic Obstetr Gynecol*, 22, 96- 8.
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., et al. (2021). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*, 11(1), 4397. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83915-5>
- Irmak Vural, P., & Aslan, E. (2019). Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.011>
- Jenabi, E., Khazaei, S., Bashirian, S., Aghababaei, S., & Matinnia, N. (2020). Reasons for elective cesarean section on maternal request: A systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicin: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(22), 3867–3872. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1587407>
- Jokić-Begić, N., Zigić, L., & Nakić Radoš, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.866647>
- Junge, C., von Soest, T., Weidner, K., Seidler, A., Eberhard-Gran, M., et al. (2018). Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(4), 469–477. <https://doi.org/10.1111/birt.12349>
- Kabakian-Khasholian, T., El-Nemer, A., & Bashour, H. (2015). Halk eğitiminde iş arkadaşı ile ilgili algılamalar üç Arap ülkesindeki hastaneler. *Int J Gynaecol Obstet*, 129, 223 – 226.
- Kadayıfçı, O., & Coşar, Ç.F. (2013). *Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık*. (1. Baskı). Cross Basım ve Yayıncılık.
- Kalra, H., Reilly, N., & Austin, M.P. (2018). An evaluation of routine antenatal depression screening and psychosocial assessment in a regional private maternity setting in Australia. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 58(6), 629–635. <https://doi.org/10.1111/ajo.12777>
- Kanbur, A. & Koç, Ö. (2023). Gebelerde doğum korkusu düzeyi ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(1), 188-195. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1162395>
- Kanık, E.A., Taşdelen, B., & Erdoğan, S. (2011). Klinik denemelerde randomizasyon, *Marmara Medical Journal*, 24, 149-55.
- Kara, F, Uçan, S., & Güzel, A. (2017). Babaların bebek bakımı konusundaki özgüvenleri ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg*, (2), 92-96.
- Karabulut, Ö., Coşkun Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60–67. <https://doi.org/10.1111/inr.12223>
- Karaçam, Z., & Sağlık, M. (2018). Emzirme sorunları ve sorunlara ilişkin yapılan girişimler: Türkiye’de yapılan çalışmalara dayalı bir sistematik derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(3):134-48.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344–356. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.006>
- Karaçay Yıkar, S., & Nazik, E. (2022). Doğum sonu fiziksel semptomlar ve hemşirelik/ebelik bakımı. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(2), 79-84.
- Karakoç, H., & Ozkan, H. (2017). The relationship with prenatal attachment of psychosocial health status of pregnant women. *International Journal of Health Sciences*, 5(1), 36-46. <https://doi.org/10.15640/ijhs.v5n1a6>
- Karakuş, A., & Yanikkerem, E. (2015). Gebelikte cinselliği etkileyen faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 91-112. <https://doi.org/10.17371/UHD.2015310845>

- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K. G., Sjöling, M., & Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 36(5), 430–440. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x>
- Karrabi, R., Farjamfar, M., Mortazavi, F., Nazari, A.M., & Goli, S. (2019). The effect of solution-focused group counseling on pregnant women's worries: A randomized clinical trial. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*, 25(1), 81-94.
- Kaya Şenol, D., & Pekyigit, A. (2021). Normal doğum ve sezaryende doğum sonu stresin emzirme öz-yeterliliğine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(4), 1062-1069. <https://doi.org/10.38136/jgon.804407>
- Kaya, D., & Evcli, F. (2020). The affecting factors of childbirth fear for pregnant women admitted to a health center and university hospital in Turkey. *Journal of Health Research*, 34(5), 389–397. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0147>
- Kaya, N., & Guler, H. (2022). Online solution-focused psychoeducation as a new intervention for treating severe fear of childbirth: A randomized controlled trial in the pandemic period. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2116–2126. <https://doi.org/10.1111/ppc.13038>
- Kaymaz, N., Uzun, M. E., & Yıldırım, Ş. (2015). Tokophobia, the fear of childbirth, and the decision to breastfeed. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(10), 502. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0157>
- Kesgin, C., & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı; başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür Üniversitesi*, 4(3), 47-49.
- Khwepeya, M., Lee, G.T., Chen, S. R., & Kuo, S.Y. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 391. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2023-7>
- Kızılkaya Beji, N. (2016). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kilic, S., & Yilmaz, S. (2022). The relationship between psychosocial health status of primiparous pregnant women and fear of childbirth. *TJFMPC*, 16(2), 412-421.
- Kim, J., Kelly, M., & Franklin, C. (2017). *Solution-Focused Brief Therapy In Schools: A 360-Degree View Of The Research And Practice Principles*, Oxford University Press.
- Kim, J.S. & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.002>
- Kirova, K., & Snell, T. (2019). Women's experiences of positive postnatal partner support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 206–218. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1542120>
- Kizilirmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002>
- Klabbers, G.A., van Bakel, H.J.A., van den Heuvel, M.M.A., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psihologijske Teme*, 25(1), 107–127.
- Klabbers, G.A., Wijma, K., Paarlberg, K.M., Emons, W.H.M., & Vingerhoets, A.J.J.M. (2019). Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 38–47. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1398230>
- Koc, A. E., Colak, S., Colak, G. V., Pusuroglu, M., & Hocaoglu, C. (2021). Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 41(2), 217–223. <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1732894>
- Koçak, V., Altuntuğ, K., Ege, E. (2021a). Annelerin öz yeterlikleri ve doğum sonu güvenlik hislerinin değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 34-44.
- Koçak, V., Persson, E.K., Svalenius, E.C., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2021b). What are the factors affecting parents' postnatal sense of security?. *European journal of midwifery*, 5, 38. <https://doi.org/10.18332/ejm/140139>

- Koçyiğit Gültepe, K. (2022). Postpartum dönemdeki kadınların uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 197-204.
- Kohler, S., Sidney Annerstedt, K., Diwan, V., Lindholm, L., Randive, B., et al. (2018). Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2038-0>
- Kohlhoff, J., Cibralic, S., Tooke, S., Hickinbotham, R., Knox, C., Roach, V., & Barnett, B. (2021b). Health professional perspectives on an antenatal mental health screening program in a private hospital. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 61(6), 891–897. <https://doi.org/10.1111/ajo.13394>
- Kohlhoff, J., Tooke, S., Cibralic, S., Hickinbotham, R., Knox, C., et al. (2021a). Antenatal psychosocial assessment and depression screening in an Australian Private Hospital setting: A qualitative examination of women's perspectives. *Midwifery*, 103, 103129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103129>
- Konlan, K.D., Baku, E.K., Japiong, M., Dodam Konlan, K., & Amoah, R.M. (2019). Reasons for women's choice of elective caesarian section in Duayaw Nkwanta Hospital. *Journal of Pregnancy*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2019/2320743>
- Kordi, M., Bakhshi, M., Masoudi, S., & Esmaily, H. (2017). Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care*, 7(3), 26-34. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.25676.1575>
- Korukcu, O., Bulut, O., & Kukulu, K. (2016). Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care For Women International*, 37(5), 550–567. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.943838>
- Korukcu, O., Kukulu, K., & Firat, M.Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 193–202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x>
- Koushede, V., Brixval, C.S., Thygesen, L.C., Axelsen, S.F., Winkel, P., et al. (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood- A randomised trial. *PloS one*, 12(5), e0176819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176819>
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Koyuncu, S.B., & Bülbül, M. (2021). The impact of yoga on fear of childbirth and childbirth self-efficacy among third trimester pregnant women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 44, 101438. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101438>
- Kök, G., Güvenç, G., Bilsel, H., & Güvener, A. (2018). Gebelik döneminde kadınların beden algısı farklılık gösterir mi? *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (4), 209-214. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.209>
- Kömürcü, N., & Ergin Berkiten, A. (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. Bedray Yayıncılık.
- Körükçü, Ö., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Tokofobi: Şiddetli doğum korkusu. K. Kabukcuoğlu (Edt.), *Kadın sağlığı sorunlarının psikosomatik yansımaları* (I. Baskı). Detay Yayınları, Ankara
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. *Clin Exp Health Sci*, 7, 152-158. <https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.359>
- Kristensen, I.H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 17, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.003>
- Kronborg, H., Vaeth, M., & Kristensen, I. (2012). The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 29(4), 289–301. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x>
- Kruse, A. R., Lauszus, F. F., Forman, A., Kesmodel, U. S., Rugaard, M. B., et al. (2021). Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. A randomized clinical trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(5), 955–963. <https://doi.org/10.1111/aogs.14041>

- Ksycinski, W., Hartman-Ksycinska, A., & Pszeniczna, E. (2010). Prenatal baby's behaviour with the use of haptonomic techniques and the relevant experiences and reactions of the parents. *Early Human Development*, 86, S125.
- Kuğuoğlu, S., & Eti-Aslan, F. (2006). Ağrı, Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.
- Kul Uçtu, A., Bekmezci, H., & Özerdoğan, N. (2017). Gebelikte Cinsellik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 171-175.
- Kula, S., & Çakar, B. (2015). Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6, 191-210.
- Kumcağız, H., Ersanlı, E., & Murat, N. (2017). The development of a self-perception of pregnant scale and its psychometric features. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 23-31. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.12599>
- Kvist, L. J., & Persson, E. K. (2009). Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-35>
- Larsen, J.S., & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful--mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x>
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(6), 629-636. <https://doi.org/10.1111/aogs.12634>
- Laursen, M., Hedegaard, M., Johansen, C., & Danish National Birth Cohort (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 354-360. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>
- Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R. M., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD009338. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009338.pub2>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Lethem, J. (2002). Brief solution focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00033>
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., & Pehlke-Milde, J. (2022). The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 856. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>
- Liu, H. L., Hsu, P., & Chen, K. H. (2013). Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sexual Medicine*, 1(2), 54-61. <https://doi.org/10.1002/sm2.13>
- Long, Q., Kingdon, C., Yang, F., Renecke, M. D., Jahanfar, S., et al. (2018). Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 15(10), e1002672. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002672>
- Longworth, M.K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004>
- Lonstein J.S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(2-3), 115-141. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.05.002>
- Lou, S., Frumer, M., Schlütter, M. M., Petersen, O. B., Vogel, I., et al. (2017). Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(6), 1320-1329. <https://doi.org/10.1111/hex.12572>
- Lönnberg, G., Jonas, W., Unternährer, E., Bränström, R., Nissen, E., et al. (2020). Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal

- depression-Results from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048>
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., & Bidens Study Group (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive healthcare: Official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., & Schei, B. (2011). Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 90(1), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01024.x>
- Lutkiewicz, K., Bidzan, M. (2013). Sexual activity of pregnant polish women and the assessment of the marital relation quality. *Health Psychology Report*, 1(1), 9-17. <https://doi.org/10.5114/hpr.2013.40465>
- Macdonald, A.J. (2007). *Solution-Focused Therapy: Theory, Research & Practice*. SAGE Publications Ltd.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2 nd ed). New York: Harper&Row.
- Matvienko-Sikar, K., & Dockray, S. (2017). Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: A pilot randomised controlled trial. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(2), e111–e118. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.003>
- Maxson, P.J., Edwards, S.E., Valentiner, E.M., & Miranda, M.L. (2016). A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 20(6), 1103–1113. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1872-1>
- Mazúchová, L., Škodová, Z., Kelčíková, S., & Rabárová, A. (2017). Factors associated with childbirth - related fear among Slovak women. *Cent Eur J Nurs Midw*, 8(4), 742-748. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2017.08.0027>
- Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L., Gibbons, L., Liu, N.H., et al. (2016). Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 34. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0824-0>
- McAllister, M. (2003). Doing practice differently: Solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 528–535. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02564.x>
- McAllister, M., Moyle, W., & Iselin, G. (2006). Solution focused nursing: an evaluation of current practice. *Nurse Education today*, 26(5), 439–447. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.12.004>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- McKinney, E.S., James, S.R., Murray, S.S., Nelson, K.A., & Ashwill, J. (2021). *Maternal-child Nursing*. (6th Edition). Canada, Elsevier.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Yelland, J., Rayner, J., & Lumley, J. (2008). Is the organisation and structure of hospital postnatal care a barrier to quality care? Findings from a state-wide review in Victoria, Australia. *Midwifery*, 24(3), 358–370. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.006>
- McNamara, J., Risi, A., Bird, A.L., Townsend, M.L., & Herbert, J.S. (2022). The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04558-6>
- McNamara, J., Townsend, M.L., & Herbert, J.S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PloS one*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Melender, H. L., & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 8(6), 289–296. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00382.x>
- Mercer, R.T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

- Mete, S., Çiçek, Ö., Aluş Tokat, M., Çamlıbel, M., & Uludağ, E. (2017). Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşluğa etkisi, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9(3), 201-6. <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-53977>
- Mirzavand, A., Riahi, M., Mirzavand, A., Malekitabar, M. (2016). Solution-focused therapy on married couples' burnout. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 10(4), e4983. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-4983>
- Mohamad Yusuff, A.S., Tang, L., Binns, C.W., & Lee, A.H. (2016). Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 29(7), 1170–1174. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1039506>
- Mohammadi, M. M., & Parandin, S. (2019). Effect of the combination of Benson's relaxation technique and brief psychoeducational intervention on multidimensional pain and negative psychological symptoms of pregnant women: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 91. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_286_18
- Mohiti, M., Salehin, S., Nazari, A.M., Goli, S., & Zamani, M. (2022). Effect of single-session solution-focused brief therapy on the anxiety of labor pain: A randomized clinical trial, *Evidence Based Care Journal*, 12(1), 48-55. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2022.61606.2603>
- Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., et al. (2018). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(2), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.022>
- Molnar, A., & Shazer, S. (1987). Solution-focused therapy: toward the identification of therapeutic tasks. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 349-358.
- Mongan, M.F. (2013). *HypnoBirthing, Mongan Yöntemi* (2. Baskı). Gün Yayıncılık.
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
- Mortazavi, F., & Agah, J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian Women. *Oman Medical Journal*, 33(6), 497–505. <https://doi.org/10.5001/omj.2018.91>
- Mortazavi, F., Mehrabadi, M., & Karrabi, R. (2021). Effectiveness of solution-focused counseling therapy on pregnancy anxiety and fear of childbirth: A randomized clinical trial. *Nursing Practice Today*, 8(3), 244-254. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i3.5939>
- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R., & Khosravi, A. (2014). Maternal quality of life during the transition to motherhood. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(5), e8443. <https://doi.org/10.5812/ircmj.8443>
- Mukamurigo, J.U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., & Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>
- Nagy, E., Molnar, P., Pal, A., & Orvos, H. (2011). Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.005>
- Navaee, M., & Abedian, Z. (2015). 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*, 20(1), 40–46.
- Nayak, S.K., Poddar, R., & Jahan, M. (2015). Psychological problems during advance stage of pregnancy. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(2), 104-13. <https://doi.org/10.25215/0202.014>
- Nazik, E., & Eryilmaz, G. (2014). Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1736–1750. <https://doi.org/10.1111/jocn.12323>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E.A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616–623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>

- Nieminen, K., Andersson, G., Wijma, B., Ryding, E.L., & Wijma, K. (2016). Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 37–43. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2016.1140143>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., et al. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Nilsson, I., Danbjørg, D.B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J., et al. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926–934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>
- Oche, O. M., Abdullahi, Z., Tunau, K., Ango, J. T., Yahaya, M., et al. (2020). Sexual activities of pregnant women attending antenatal clinic of a tertiary hospital in North-West Nigeria. *The Pan African medical journal*, 37, 140. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.140.25471>
- O' Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., & Kenny, L.C. (2015). Tocophobia—the new hysteria?. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 25(6), 175-7. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.03.002>
- O' Connell, M.A., Khashan, A.S., Leahy-Warren, P., Stewart, F., & O'Neill, S.M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD013321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013321.pub2>
- O' Connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C., & O'Neill, S.M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- O' Connell, M.A., O'Neill, S.M., Dempsey, E., Khashan, A.S., Leahy-Warren, P., Smyth, R M.D., & Kenny, L. C. (2019). Interventions for fear of childbirth (tocophobia). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(5), CD013321. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013321>
- Odent, M. (2014). Çiftçi ve Doğum Uzmanı. (Çev: R. Güler). İstanbul: Zamanın Ruhu Yayıncılık ve Kitapçılık.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ogbo, F.A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B., & Page, A. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*, 18(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Okatsau, A., Aoyama, S., Yamaji, N., & Kataoka, Y. (2022). Cognitive behavioral therapy in perinatal mental health: An overview of systematic reviews. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 19(4), e12501. <https://doi.org/10.1111/jjns.12501>
- Okumuş, F., & Sahin, N. (2017). Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *Northern Clinics of Istanbul*, 4(3), 247–256. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.46693>
- Okumuş, H., Yenil, K., Durgun Ozan, Y., & Öztürk, E. (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: Literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1), 16-24.
- Omidvar, S., Faramarzi, M., Hajian-Tilak, K., & Nasiri Amiri, F. (2018). Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles. *PloS one*, 13(1), e0191723. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191723>
- Onchonga, D., MoghaddamHosseini, V., Keraka, M., & Várnagy, Á. (2020). Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sexual & reproductive healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100510. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510>
- Ozluşes, E., & Celebioglu, A. (2014). Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal-infant attachment. *Indian Pediatrics*, 51(8), 654–657. <https://doi.org/10.1007/s13312-014-0471-3>
- Özcan, A. (2012). Kültürlerarası iletişim. *Kültürlerarası Hemşirelik* (2. Baskı). İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç., & Karakayalı, Ç. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *Jour Turk Fam Phy*, 09(2), 34-46. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.18.00234>
- Öztürk, G. (2020). *Doğum Korkusuyla Baş Etme Rehberi Geliştirme ve Etkinliğini Değerlendirme*. (Tez No: 625579) [Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi

- Paladine, H.L., Blenning, C.E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485–491.
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2014). Existential vulnerability can be evoked by severe difficulties with initial breastfeeding: a lifeworld hermeneutical single case study for research on complex breastfeeding phenomena. *Breastfeeding review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 22(3), 21–32.
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7, <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.10846>
- Pan, W.L., Chang, C.W., Chen, S.M., & Gau, M.L. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2503-4>
- Park, S., Kim, J., Oh, J., & Ahn, S. (2020). Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: A systemic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103439. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103439>
- Persson, E. K., & Dykes, A. K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery*, 25(4), 449–460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.001>
- Persson, E. K., Fridlund, B., & Dykes, A. K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 118–125. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00442.x>
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A. K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105–116. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A. K. (2012). Fathers' sense of security during the first postnatal week--a qualitative interview study in Sweden. *Midwifery*, 28(5), e697–e704. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.010>
- Persson, E.K., & Kvist, L.J. (2014). Postnatal sense of security, anxiety and risk for postnatal depression. *J Womens Health*, 3, 3. <http://dx.doi.org/10.4172/2325-9795.1000141>
- Phunyammalee, M., Buayaem, T., & Boriboonhirunsarn, D. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 39(6), 763–767. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1584885>
- Piğta, B., Jurczyk, M.U., Wszolek, K., & Opala, T. (2014). Emotional changes occurring in women in pregnancy, parturition and lying-in period according to factors exerting an effect on a woman during the peripartum period. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 21(3), 661–665. <https://doi.org/10.5604/12321966.1120621>
- Podgurski, M.J. (2016). Theorists and techniques: connecting education theories to Lamaze teaching techniques. *The Journal of Perinatal Education*, 25(1), 9–17. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.9>
- Przybyła-Basista, H., Kwiecińska, E., & Iłska, M. (2020). Body Acceptance by pregnant women and their attitudes toward pregnancy and maternity as predictors of prenatal depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9436. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249436>
- Puşuroğlu, M., & Hocaoglu, Ç. (2021). Tokophobia. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(3), 34–38.
- Qiu, L., Sun, N., Shi, X., Zhao, Y., Feng, L., et al. (2020). Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e136–e141. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.005>
- Qudsieh, S., Mahfouz, I.A., Qudsieh, H., Barbarawi, L.A., Asali, F., et al. (2022). The impact of the coronavirus pandemic curfew on the psychosocial lives of pregnant women in Jordan. *Midwifery*, 109, 103317. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103317>
- Rafie, Z., Vakilian, K., Zamanian, M., & Eghbali, H. (2021). The effect of Solution-Oriented Counseling on coping strategies in mental health issues in women with gestational diabetes. *Administration and Policy in Mental Health*, 48(6), 983–991. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01111-z>

- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., et al. (2014). 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 and Gynaecology*, 121(8), 965–970. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599>
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., et al. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ open*, 3(11), e004047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Ramezani, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Hamidzadeh, A., & Mousavi, S.A. (2017). The effect of cognitive-behavioural and solution-focused counselling on prevention of postpartum depression in nulliparous pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 172–182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1266470>
- Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery*, 31(9), 871–878. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.010>
- Raudasoja, M., Sorkkila, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Tolvanen, A., & Aunola, K. (2022). The role of self-esteem on fear of childbirth and birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2115989>
- Renfrew, M.J., McCormick, F.M., Wade, A., Quinn, B., & Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
- Reyes, E., & Rosenberg, K. (2019). Maternal motives behind elective cesarean sections. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Council*, 31(2), e23226. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23226>
- Richens, Y., Smith, D. M., & Lavender, D. T. (2018). Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 98–112. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.010>
- Riquin, E., Lamas, C., Nicolas, I., Dugre Lebigre, C., Curt, F., et al. (2019). A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of Affective Disorders*, 245, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.032>
- Robinson, A.M., Benzie, K.M., Cairns, S.L., Fung, T., & Tough, S.C. (2016). Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1015-8>
- Rondung, E., Ekdahl, J., & Sundin, Ö. (2019). Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46(1), 61–68. <https://doi.org/10.1111/birt.12368>
- Rosenberg, K. (2021). Postpartum nurse home visits offer long-lasting benefits. *The American Journal of Nursing*, 121(10), 52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000794264.86475.7b>
- Rothwell, N. (2005). How brief is solution focussed brief therapy? A comparative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 402–405. <https://doi.org/10.1002/cpp.458>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(1), 67–73. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., et al. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience--a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 36(1), 1–9. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>
- Rowe, H.J., Holton, S., & Fisher, J.R. (2013). Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian Journal of Primary Health*, 19(1), 46–52. <https://doi.org/10.1071/PY11117>
- Rwakarema, M., Premji, S.S., Nyanza, E.C., Riziki, P., & Palacios-Derflingher, L. (2015). Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 15, 68. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0225-y>

- Ryding, E.L., Lukasse, M., Parys, A.S., Wangel, A.M., Karro, H., et al. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 42(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>
- Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201–208.
- Salcan, E., & Gokyildiz Surucu, S. (2020). Development and psychometric evaluation of the attitudes and beliefs scale about sexuality during pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(5), 435–446. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1749741>
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A.L., Isoaho, H., et al. (2011). Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 832–841. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.010>
- Sani, R. (2015). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1).
- Sapkota, D., Baird, K., Saito, A., Rijal, P., & Anderson, D. (2022). Antenatal-based pilot psychosocial intervention to enhance mental health of pregnant women experiencing domestic and family violence in Nepal. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), NP3605–NP3627. <https://doi.org/10.1177/0886260520948151>
- Sayik, D., & Orsal, O. (2019). The self-efficacy of parents of newborns in Turkey and the factors that influence their self-efficacy: A systematic review, *Osmangazi Journal of Medicine*, 41(4), 434–447 <https://doi.org/10.20515/otd.475583>
- Sel, G., Barut, A., Solak, S., Uslu, S., Gedik, Y., et al. (2019). Gebelerde anksiyeteye etkisi bulunan faktörler. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 334–339. <https://doi.org/10.17942/sted.501474>
- Sen, E., Dal, N.A., Dağ, H., & Senveli, S. (2015). The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. *Nurs Pract Today*, 2(1), 25–33.
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239–42.
- Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*, 57(3), 395–401. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x>
- Serçekuş, P., & Yenal, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye’deki gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(1), 33–5.
- Serçekuş, P., Vardar, O., & Özkan, S. (2020). Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official journal of the Swedish Association of Midwives*, 24, 100501. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100501>
- Serhan, N., Ege, E., Ayrancı, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 279–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04281.x>
- Sevil, Ü., & Ertem, G. (2016). *Perinatoloji ve Bakım* (I. Baskı). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Shafiei, S., Chegeni, M., Afrashteh, S., Shoraka, H.R., Bazrafshan, A., et al. (2022). Prevalence of violence in Iranian pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 26(10), 1983–2019. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03463-w>
- Shakiba, M., Parsi, H., Pahlavani Shikhi, Z., & Navidian, A. (2019). The effect of psycho-education intervention based on relaxation methods and guided imagery on nausea and vomiting of pregnant women. *Journal of Family & Reproductive Health*, 13(1), 47–55.
- Shariat, M., & Abedinia, N. (2017). The effect of psychological intervention on mother-infant bonding and breastfeeding. *Iranian Journal of Neonatology IJN*, 8(1), 7–15. <https://doi.org/10.22038/ijn.2017.16673.1191>
- Sharifzadeh, M., Haghighi, N.B., Keramat, A., Goli, M., & Motaghi, Z. (2018). Effectiveness of midwifery counseling based on solution-focused approaches on fear of childbirth. *Koomesh*, 20(2), 375–383.
- Shorey, S., Chan, S.W., Chong, Y.S., & He, H.G. (2015). Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: the process evaluation. *Midwifery*, 31(1), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.001>

- Sklare, G. B. (2018). *Okul Danışmanları İçin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma* (8. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.
- Sklare, G.B. (2020). Brief Counseling That Works: A Solution-Focused Approach for School Counselors (Çev: Diğdem Müge Siyez). Ankara: Pegem Akademi.
- Škodi Zakošek, T. (2015). *Sexual activity during pregnancy in childbirth and after childbirth*. Sexology in Midwifery. <https://doi.org/10.5772/59496>
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U.F., Pripp, A.H., Björk, M.D., et al. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 596–604. <https://doi.org/10.1177/1403494812460347>
- Sluijs, A.M., Wijma, K., Cleiren, M.P.H.D., van Lith, J.M.M., & Wijma, B. (2020). Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41(4), 266–274. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708319>
- Smith, S., & Macduff, C. (2017). A thematic analysis of the experience of UK mental health nurses who have trained in Solution Focused Brief Therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 105–113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12365>
- Solmeyer, A.R., & Feinberg, M.E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: the roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 504–514. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.006>
- Sparrer, I. (2012). Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sistemik Yapısal Dizime Giriş (Çev: Süvarierol, E). *İstanbul: Pan Yayıncılık*
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 30(2), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>
- Stoll, K., Swift, E.M., Fairbrother, N., Nethery, E., & Janssen, P. (2018). A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(1), 7–18. <https://doi.org/10.1111/birt.12316>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 221. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318–324. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G.M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
- Sun, Y., Li, Y., Wang, J., Chen, Q., Bazzano, A.N., & Cao, F. (2021). Effectiveness of smartphone-based mindfulness training on maternal perinatal depression: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e23410. <https://doi.org/10.2196/23410>
- Sunal, N., & Demiryay, A. (2009). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 4(12), 99-110.
- Sümer, K. (2019). *Doğuma hazırlık eğitimin gebelerde doğum kaygısı üzerine etkisi*. (Tez No: 613494) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa]. Ulusal Tez Merkezi
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25(2), 114–125. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.012>
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., et al. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210–214. <https://doi.org/10.1111/aogs.12034>
- Şahin, N.H., Dişsiz, M., Dinç, H. & Soypak F. (2014). Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 7(2), 73-79.

- Şahin, S., Güler, D.S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Bakirkoy Tıp Dergisi*, 15(1), 5–14. <https://doi.org/10.5350/btdmj201814301>
- Şeker, S., & Sevil, Ü. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Okumuş, H., (Edt.). *Doğuma hazırlık sınıfları ve gebe eğitimi için güncel bilgiler özel sayısı* (1. Baskı., p.1-9). Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi.
- Şen, S., Egelioglu, N., & Saruhan, A. (2012). The relationship between migration and depression, anxiety level and social support in pregnancy. *IJHS*, 9(2),1-13.
- Şimşek, Ç., Yılmaz Esencan, T. (2017). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 183-9. <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.267263>
- Tambag, H., Turan, Z., Tolun, S., & Can, R. (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(11), 1525–1530. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_285_17
- Taşkın, L. (2021). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (17. Baskı). Akademisyen Kitabevi.
- Tola, Y.O., Akingbade, O., Akinwaare, M.O., Adesuyi, E.O., Arowosegbe, T.M., et al. (2022). Psychoeducation for psychological issues and birth preparedness in low- and middle-income countries: A systematic review. *AJOG Global Reports*, 2(3), 100072. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100072>
- Tomfohr-Madsen, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300, 113912. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>
- Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D.K., & Fenwick, J. (2017). A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women - a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1404-7>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., et al. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(4), 384–394. <https://doi.org/10.1111/birt.12136>
- Topaç Tunçel, N., & Kahyaoğlu Süt, H. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 9-17.
- Toprak, F., Turan, Z., & Erenel, A. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 96–103.
- Tragea, C., Chrousos, G.P., Alexopoulos, E.C., & Darviri, C. (2014). A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.01.006>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni*, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). *Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi*, <https://shgmsmdb.saglik.gov.tr/TR-77063/genelgeler.html>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi* (2018). <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>
- Türkoğlu, N., Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *HEAD*, 11 (1), 18-24.
- Uçar, T. & Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 54-58.

- Uçar, T., & Golbasi, Z. (2019). Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 40(2), 146–155. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1453800>
- Unutkan, B. (2018). *Doğum korkusu yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramı' na göre yapılandırılmış hemşirelik bakımının doğum korkusu, deneyimi, sonuçları ve konforuna etkisi*. (Tez No: 520374) [Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Uslu Yuvaci, H., Cinar, N., Yalnizoglu Caka, S., Topal, S., Peksen, S., et al. (2021). Effects of antepartum education on worries about labor and mode of delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42(3), 228–234. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1725465>
- Uysal, H.T., Aydemir, S., & Genç, E. (2017). Maslow's hierarchy of needs in 21st century: the examination of vocational differences. In Arapgirlioğlu, H., Elliott, R.L., Turgeon, E., & Atik, A. (Eds.), *Researches on Science and Art in 21st Century Turkey* (pp. 211-227). Gece Kitaplığı.
- Üstün, B. (2016). Psikoeğitim, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2(3), 100-6.
- Van der Meulen, R.T., Veringa-Skiba, I.K., Van Steensel, F.J.A., Bögels, S.M., & De Bruin, E.I. (2023). Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. *Midwifery*, 116, 103545. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103545>
- Van Parys, A. S., Deschepper, E., Michielsen, K., Galle, A., Roelens, K., et al. (2015). Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 278. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0710-1>
- Velagic, M., Mahmutovic, J., & Brankovic, S. (2019). Development of mother's postnatal sense of security. *Materia Socio-medica*, 31(4), 277–281. <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.277-281>
- Videbeck, S.L. (2019). *Psychiatric Mental Health Nursing* (8th Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahlbeck, H., Kvist, L. J., & Landgren, K. (2018). 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: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(4), 299–306. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.008>
- Waldenström, U. (2016). Postponing parenthood to advanced age. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 235–243. <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1201553>
- Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551–560. <https://doi.org/10.1080/00016340500345378>
- Waldie, K.E., Peterson, E.R., D'Souza, S., Underwood, L., Pryor, J.E., et al. (2015). Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*, 186, 66–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.009>
- Walker, D.S., Visger, J.M., & Rossie, D. (2009). Contemporary childbirth education models. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(6), 469–476. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.013>
- Walsh, T. (2010). *The solution focused helper: ethics and practice in health and social care*. England: Open University Press.
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 473. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., et al. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., & Boström, A. M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 17, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2018.06.001>

- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E. B., Ohman, A., Bergström, E., & Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-993>
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169–180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.07.001>
- World Health Organization. (2022). *WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care For A Positive Postnatal Experience*. Geneva, https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989_2022
- Wu, C., Ge, Y., Zhang, X., Du, Y., He, S., et al. (2021). The combined effects of Lamaze breathing training and nursing intervention on the delivery in primipara: A PRISMA systematic review meta analysis. *Medicine*, 100(4), e23920. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023920>
- Yağcı, S., & Duyan, V. (2020). *Çözüm Odaklı Terapi* (1. Baskı). Pusula Yayınevi.
- Yağmur, Y., Oltuluoğlu, H., & Orhan Ergin, İ. (2019). İntrauterin dönemde fetal cinsiyetin annelerin mutluluk düzeyine etkisi, *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(1), 89-93. <https://doi.org/10.31067/0.2018.98>
- Yalnız Dılçen, H., & Etki Genç, R., (2019). Travmatik doğumun önlenmesinde ebenin rolü. *Life Sciences*, 14(3), 64-73, <https://doi.org/10.12739/NWSA.2019.14.3.4B0026>
- Yalnız Dılçen, H., Aslantekin, F., & Aktaş, N. (2021). The relationship of psychosocial well-being and social support with pregnant women's perceptions of traumatic childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 650–658. <https://doi.org/10.1111/scs.12887>
- Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. (2020). Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 617001. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
- Yazıcı, Y.D.D.S. & Dolgun, Y.D.D.G. (2009). Anne yaşı ve gebelik sayısının bebeğin doğum ağırlığı ile ilişkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(19), 67-76.
- Yeşildağ Çelik, B. (2022). *Sağlık inanç modeline dayalı geliştirilen ve motivasyonel görüşme ile desteklenen web tabanlı doğum eylemine hazırlık programının primigravida kadınlarda doğum korkusu, doğum öz yeterliliği ve doğum süreci üzerine etkisi*. (Tez No: 749852) [Doktora Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Yıldırım, F. & Şahin, E. (2020). Gebelik ve doğum sonu döneme uyum: Temel hemşirelik yaklaşımları. *Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 30-40.
- Yıldırım, N. (2020). Gebelik ve lohusalık süreci ile ilgili psikiyatrik problemler. F., Oflaz, & N. Yıldırım (Edt.), *Psikiyatri hemşireliği* (pp.564-578). Psikiyatri Hemşireleri Derneği Yayınları, Ankara Nobel Kitabevi.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 64-74.
- Yılmaz, F.A., & Başer, M. (2017). Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 1, 24-8.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S., & Mori, R. (2013). Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD009326. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009326.pub2>
- Yuen, W.S., Lo, H.C., Wong, W.N., & Ngai, F.W. (2022). The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103184. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103184>
- Yurtsever Kılıçgün, M., & Kılıçkaya, A. (2016). Geleneksel annelik ölçeğinin psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(8), 2868–81. <https://doi.org/10.15869/itobiad.258548>
- Zamani, P., Ziaie, T., Lakeh, N.M., & Leili, E.K. (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women. *Midwifery*, 75, 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>
- Zejnnullahu, V.A., Ukella-Lleshi, D., Zejnnullahu, V.A., Miftari, E., & Govori, V. (2021). Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo teaching hospital: Demographic,

obstetric and psychosocial risk factors. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 256, 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.025>

Zhao, Y., Lin, Q., & Wang, J. (2021). An evaluation of a prenatal individualised mixed management intervention addressing breastfeeding outcomes and postpartum depression: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9-10), 1347–1359. <https://doi.org/10.1111/jocn.15684>

Zivoder, I., Martić-Biocina, S., Veronek, J., Ursulin-Trstenjak, N., Sajko, M., et al. (2019). Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 338–344.



8.EKLER

EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz: İlköğretim mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()
3. Çalışma durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
4. Yaşadığınız yer: İl () İlçe () Köy/Kasaba ()
5. Evlenme Yaşınız:
6. Evlilik Süreniz: (yıl)
7. Eşinizin eğitim durumu: İlköğretim mezunu () Lise mezunu () Üniversite ve üzeri ()
8. Eşinizin çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
9. Sosyal sağlık güvenceniz var mı? Evet () Hayır ()
10. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz: Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()
11. Aile tipiniz nedir? Çekirdek aile () Geniş aile () Diğer (yazınız)

Obstetrik Özellikler

1. İstenen bebek cinsiyeti? Kız () Erkek () Farketmez ()
2. Gebeliğiniz planlı mı? Evet () Hayır ()
3. Gebelik kontrollerine düzenli gidiyor musunuz? Evet () Hayır ()
4. Şu ana kadar kaç kere kontrole geldiniz?
5. Gebelik süresince ihtiyaç duyduğunuzda yardım/destek aldınız mı? Evet () Hayır ()

EK 2: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki maddeler “çok fazla” dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz					
	Çok fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					

21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandıran zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşamınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.) olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK 3: WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU

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

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

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

0	1	2	3	4	5
Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
0	1	2	3	4	5
Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
0	1	2	3	4	5
Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
0	1	2	3	4	5
Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
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?

0	1	2	3	4	5
Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
0	1	2	3	4	5
Son derece güvende					Hiç güvende değil
0	1	2	3	4	5
Son derece bağımsız					Bağımlı
0	1	2	3	4	5
Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
0	1	2	3	4	5
Son derece gergin					Gerginlik yok
0	1	2	3	4	5
Son derece memnun					Hiç memnun değil

0	1	2	3	4	5
Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
0	1	2	3	4	5
Son derece terk edilmiş					Hiç terkedilmemiş
0	1	2	3	4	5
Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil
0	1	2	3	4	5
Son derece rahat					Hiç rahat değil
0	1	2	3	4	5
Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4	5
Aşırı panik					Hiç panik değil
0	1	2	3	4	5
Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
0	1	2	3	4	5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
0	1	2	3	4	5
Aşırı özgüvenli					Özgüveni yok
0	1	2	3	4	5
Aşırı güvenli					Kendine güvensiz
0	1	2	3	4	5
Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4	5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım					Kötü bir şekilde davranmayacağım
0	1	2	3	4	5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vereceğim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vermeyeceğim
0	1	2	3	4	5
Kontrolü tamamen kaybedeceğim					Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

0	1	2	3	4	5
Son derece keyif verici					Hiç keyif verici değil
0	1	2	3	4	5
Son derece doğal					Hiç doğal değil
0	1	2	3	4	5
Tamamen olması gerektiği gibi					Hiç olması gerektiği gibi değil
0	1	2	3	4	5
Son derece tehlikeli					Hiç tehlikeli değil

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

..... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık

..... doğum sancıları 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 4: WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) B VERSİYONU

Bu anket formu, kadının doğumdan sonraki dönemde doğum kasılmaları ve doğum eylemini hatırladıklarında yaşadıkları duygu ve düşünceleri 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 doğum kasılmalarınızın ve doğum eyleminizin size neler hissettirdiğini **hatırlayarak** duruma en uygun olan sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken **deneyimlediğiniz** doğum kasılmalarınızı ve doğum eyleminizi düşününüz, *hayal ettiğiniz şekli*ni değil.

I Doğum kasılmalarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olduğunu hatırlıyorsunuz?

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

II Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?

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

II Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?

0	1	2	3	4	5
Son derece güvende					Hiç güvende değil
0	1	2	3	4	5
Son derece bağımsız					Bağımlı
0	1	2	3	4	5
Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
0	1	2	3	4	5
Son derece gergin					Gerginlik yok
0	1	2	3	4	5
Son derece memnun					Hiç memnun değil

0	1	2	3	4	5
Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
0	1	2	3	4	5
Son derece terk edilmiş					Hiç terkedilmemiş
0	1	2	3	4	5
Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil
0	1	2	3	4	5
Son derece rahat					Hiç rahat değil
0	1	2	3	4	5
Son derece mutlu					Hiç mutlu değil

III Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?

0	1	2	3	4	5
Aşırı panik					Hiç panik değil
0	1	2	3	4	5
Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
0	1	2	3	4	5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
0	1	2	3	4	5
Aşırı özgüvenli					Özgüveni yok
0	1	2	3	4	5
Son derece güvenli					Kendine güvensiz
0	1	2	3	4	5
Aşırı ağırlı					Hiç ağırlı yok

IV Doğum kasılmalarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?

0	1	2	3	4	5
Son derece kötü bir şekilde davrandım					Kötü bir şekilde davranmadım
0	1	2	3	4	5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin verdim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermedim
0	1	2	3	4	5
Kontrolü tamamen kaybettim					Kontrolümü kaybetmedim

V Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?

0	1	2	3	4	5
Son derece keyif verici					Hiç keyif verici değil
0	1	2	3	4	5
Son derece Doğal					Hiç doğal değil

0	1	2	3	4	5
Tamamen olması gerektiği gibi					Hiç olması gerektiği gibi değil
0	1	2	3	4	5
Son derece tehlikeli					Hiç tehlikeli değil

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

.....doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık

.....doğum sancıları 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 5: ANNELERİN DOĞUM SONU GÜVENLİK HİSLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan sorularda size uygun olan tek bir ifade işaretleyiniz.

MADDELER	Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça çok katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Doğum sonu servisinde ebe/personel olumlu ve destekleyici bir tutuma sahipti.				
2. Bana, doğum sonu servisinde ebe/personel tarafından yeterince pratik öneriler verildi.				
3. Bana, doğumdan sonra ilk hafta boyunca yeterli bilgi verildi.				
4. Doğum sonu servisinde iken kendimi güvende hissettim.				
5. Doğum sonu servisinde iken ebe/personel tarafından cesaretlendirildim.				
6. Doğum sonu servisinde kaldığım süre boyunca karar verme sürecine katıldığımı hissettim.				
7. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi gergin/sıkıntılı hissettim.				
8. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi bunalımda hissettim.				
9. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi endişeli hissettim.				
10. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi fiziksel olarak iyi hissettim.				
11. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi çok yorgun hissettim.				
12. Hastaneden eve geldiğimizde eşim bazı uygulamalarda bana destek oldu.				
13. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşim bana duygusal olarak destek oldu.				
14. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşimin ailemizle ilgilendiğini hissettim.				
15. Doğum sonrası ilk hafta boyunca aile bireyleri olarak birbirimize yakınlaştığımızı hissettim.				
16. Doğum sonrası ilk hafta boyunca her ihtiyacım olduğunda ebe/hemşire ile iletişim kurabilmem mümkündü.				
17. Bana, doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme ile ilgili yeterli destek sağlandı.				
18. Doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme sorunsuz devam etti.				



KATILIM BELGESİ



Sayın **YESİM ANIK**

Psikiyatri Hemşireleri Derneği ve Lokman Hekim Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi işbirliğiyle
07 Aralık 2019 tarihinde düzenlenen

“Değişimde Anahtar: Motivasyonel Görüşme Kursu”na
katılarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Prof. Dr. Fatma ÖZ
Psikiyatri Hemşireleri Derneği Başkanı
LHÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ
Ahi Evran Üniversitesi

Dr. Hem. Belgin BAYRAK
Sağlık Bakanlığı

Prof. Dr. Belma GÜMÜŞEL
LHUSEM Müdürü

EK 7: KISA SÜRELİ ÇÖZÜM ODAKLI TERAPİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ



CİNSEL SAĞLIK
ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ

**CISED**
CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ

SEXUAL HEALTH
INSTITUTE ASSOCIATION



Yesim Anık

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CISED)
tarafından 15.02.2020 - 16.02.2020 tarihleri arasında
düzenlenen 2 günlük (20 saatlik) ÇÖZÜM ODAKLI
PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ'nin tüm teorik ve pratik
çalışmalarını başarıyla tamamlamış, CISED
standartlarında gerekli bilimsel bilgi ve mesleki
yeterlilikleri göstermiş, ruh sağlığı ve cinsel sağlık bilimi
alanında faaliyet gösteren uluslararası ve ulusal tüm
kurum ve kuruluşların etik kurallarında belirtilen mesleki
davranış ilkelerine bağlı kalmayı ve faaliyet göstereceği
ülkenin kanunlarına uygun davranmayı taahhüt ederek,
kanunların tanıdığı tüm hak ve yetkilerden faydalanmak
üzere **"ÇÖZÜM ODAKLI PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ KATILIM
BELGESİ"** almaya hak kazanmıştır.

Has completed all the theoretical and practical studies of 2
days (20 hours) of SOLUTION FOCUSED PSYCHOTHERAPY
TRAINING organized by the **Sexual Health Institute
Association (CISED)** between 15.02.2020 - 16.02.2020, has
demonstrated the required scientific knowledge and
professional competencies in line with CISED standards,
has committed to adhere to the principles of professional
conduct stated in the ethical rules of all international and
national institutions and organizations operating in the
field of mental health and sexual health science and to
comply with the laws of the country of practice, is hereby
considered qualified to receive **"SOLUTION FOCUSED
PSYCHOTHERAPY TRAINING PARTICIPATION
CERTIFICATE"** in order to benefit from all the rights and
authorizations given by the laws.

TARİH : 16.02.2020
GEÇERLİLİK TARİHİ: 16.02.2023
BELGE NO : 2020/065

CISED

**CİNSEL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ DERNEĞİ (CISED)**



164



KATILIM BELGESİ



Sayın Yeşim ANIK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından
29-30 Mayıs 2021 tarihinde İzmir’de online düzenlenen

20. Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu’na katılmıştır.

Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT
Kurs Koordinatörü

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Dekanı

EK 9: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEYLER KURSU KATILIM BELGESİ

	 Lokman Hekim Üniversitesi Sürekli Eğitim ve Araştırma Merkezi	 SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
KATILIM BELGESİ		
Sayın <u>Yeşim ANIK</u>		
Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sürekli Eğitim Merkezi (LHUSEM) iş birliği ile 09 - 11 Şubat 2021 tarihleri arasında çevrimiçi olarak düzenlenen “Randomize Kontrollü Deneyler Kursu - II”ye katılmıştır.		
Prof. Dr. Belma GÜMÜŞEL LHUSEM Müdürü	Prof. Dr. Belgin AKIN Eğitim Koordinatörü	Prof. Dr. Fatma ÖZ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
		Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL Rektör

EK 10: ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM PROGRAMI

BİRİNCİ OTURUM: Gebeliğin 32. Haftasında	
Amaç: Grup üyelerinin tanışmasını ve pozitif amaçlar oluşturmasını sağlamak	
Oturum İçeriği	• Grup lideri olarak kendini gruba tanıtmak • Grup üyelerini grup süreci ve program içeriği hakkında bilgilendirme • Grup üyelerini Çözüm Odaklı Yaklaşım Yönteminin felsefesi, ilkeleri ve danışma süreci hakkında bilgilendirme • Grup üyelerinin tanışmasını sağlama • Grup kurallarını oluşturma • Grubun amaçlarına ilişkin bilgi verme • Grup üyelerinin programdan beklentilerini belirleme • Gerçek merak tekniği ile problemi anlama • Derecelendirme Soruları Tekniği ile değerlendirme yapma • Grup üyeleri ile Doğum Algısı hakkındaki duygu ve düşünceleri paylaşma • İlk oturum öncesi değişime dikkat çekme • Grup üyelerinin bireysel ve pozitif amaçlar oluşturmalarını sağlama • Grup üyelerini “Doğum, Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler, Doğumun Başladığını Gösteren Belirtiler, İlk Düzey Nefes Egzersizi/(Nefes-1) Egzersizi ve Aşamalı Gevşeme Egzersizi” konularında bilgilendirme ve Nefes-1 egzersizlerini grup üyeleri ile birlikte uygulama • Oturumu değerlendirme ve geri bildirimde bulunma • Bir sonraki oturumda değerlendirmek üzere ev ödevi verme ○ Ev ödevi-1: İlk oturum görevini formüle etmek tekniğine dayalı ○ Ev ödevi-2: Öğretilen Nefes-1 egzersizlerinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması • Aşamalı Gevşeme egzersizlerini uygulama ve Oturumu sonlandırma
Görüşme Süresi	• 90 dk
Gerekli Araç - Gereçler	• Yazı tahtası, tahta kalem • Kalem, kağıt • Projeksiyon cihazı • Pelvis maketi • Bebek maketi • Destekli yer minderi • Yastık • Egzersiz matı

İKİNCİ OTURUM: Gebeliğin 33. Haftasında

Amaç: İstisnai durumların fark edilmesini sağlamak ve değişim için farkındalık oluşturmak

Oturum İçeriği

- Bir önceki oturumu özetleme
- Bir önceki oturumda verilen ev ödevlerini değerlendirme
- Grup üyeleri ile **Doğum Korkusu** hakkındaki duygu ve düşünceleri paylaşma
- Mucize Soru Tekniğini kullanarak değişim için farkındalık oluşturmak (Grup üyelerinin güçlü yönlerini, becerilerini ve kaynaklarını fark etmelerini sağlama)
- Amaçları netleştirme
- Pozitif değişim beklentisi oluşturabilme
- Sorunun olmadığı nadir durumları (istisnai durumları) fark ettirme
- Başa çıkma becerilerini tartışma
- Derecelendirme Soruları Tekniği ile değerlendirme yapma
- Problemi yeniden çerçeveleyebilme (Dili değiştirme)
- Grup üyelerini **“Rahim Kasları ve Kasların uyumu, Korku-Gerginlik-Ağrı Çemberi, Doğumda Beden-Zihin Bağlantısı, Doğum Hormonları, İkinci ve Üçüncü Düzey Nefes Egzersizleri (Nefes-2 ve Nefes-3) Egzersizleri ve Gevşeme Egzersizi”** konularında bilgilendirme ve Nefes-2 ve Nefes-3 egzersizlerini grup üyeleri ile birlikte uygulama
- Oturumu değerlendirme ve geri bildirimde bulunma
- Bir sonraki oturumda değerlendirmek üzere ev ödevi verme
 - Ev ödevi-1: Geleceği okuma tekniği ile olumlu değişimlere odaklanma
 - Ev ödevi-2: Öğretilen Nefes-2 ve Nefes-3 egzersizlerinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması
- Aşamalı Gevşeme egzersizlerini uygulama ve Oturumu sonlandırma

Görüşme Süresi

- 90 dk

Gerekli Araç - Gereçler

- Yazı tahtası, tahta kalem
- Kalem, kağıt
- Projeksiyon cihazı
- Pelvis maketi
- Bebek maketi
- Destekli yer minderi
- Yastık
- Egzersiz matı

ÜÇÜNCÜ OTURUM: Gebeliğin 34. Haftasında

Amaç: Sorunlarla başa çıkma becerisi kazandırmak

Oturum İçeriği

- Bir önceki oturumu özetleme
- Bir önceki oturumda verilen ev ödevlerini değerlendirme
- Olumlu doğum hikayeleri hakkındaki duygu ve düşünceleri paylaşma
- Olumlu doğum hikayeleri okuma
- Başa çıkma becerilerini tartışma
- Gebelerin, sorunlarla baş etmede işe yarayan durumları fark etmesini sağlama (Güç ve kaynaklarının fark ettirilmesi)
- Gebelerin işe yarayan çözüm yollarını transfer etmelerini sağlama
- Doğum dalgaları ile baş etme yöntemlerini tartışma
- Grup üyelerini “*Doğum Eyleminin Aşamaları, Doğum Sırasında Kullanılacak Pozisyonlar ve Doğum Eylemine Etkileri, Dördüncü Düzey Nefes Egzersizi (Nefes-4) Egzersizi ve Gevşeme Egzersizi*” konularında bilgilendirme ve Nefes-4 egzersizlerini grup üyeleri ile birlikte uygulama
- Derecelendirme soruları tekniği ile değerlendirme yapma
- Oturumu değerlendirme ve geri bildirimde bulunma
- Bir sonraki oturum için ev ödevi verme
 - Ev ödevi-1: Bebeğin hayalindeki doğumunu anlatan öykü yazılması (Sadece olumlu ifadeler kullanılarak yazılacak)
 - Ev ödevi-2: Gebelerin program süresince kendilerinde olan değişimleri ve elde ettikleri kazanımları gözlemlmeleri ve yazmaları
 - Ev ödevi-3: Öğretilen Nefes-4 egzersizinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması
- Aşamalı Gevşeme egzersizlerini uygulama ve Oturumu sonlandırma

Görüşme Süresi

90 dk

Gerekli Araç - Gereçler

- Yazı tahtası, tahta kalem
- Kalem, kağıt
- Projeksiyon cihazı
- Pelvis maketi
- Bebek maketi
- Destekli yer minderi
- Yastık
- Egzersiz matı

DÖRDÜNCÜ OTURUM: Gebeliğin 35. Haftasında

Amaç: Grup sürecinden elde edilen kazanımları ve son oturuma kadar olan değişimleri değerlendirmek

Oturum İçeriği	• Bir önceki oturumu özetleme • Bir önceki oturumda verilen ev ödevlerini değerlendirme • Grup üyelerini “<i>Anne-Bebek Dostu Sezaryen, Doğumda Masaj Uygulaması (Endorfin Masajı), Doğum Nefesi ve Doğum Anı Gevşemesi</i>” konularında bilgilendirme ve Doğum Nefesi egzersizini grup üyeleri ile birlikte uygulama • Grup üyelerinin program süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerini grupla paylaşımlarını sağlama • Derecelendirme Ölçeği Tekniğini kullanarak değerlendirme yapma • Grup sürecinin genel değerlendirmesini yapma • Doğum Anı Gevşeme egzersizini uygulama • Grup sürecini sonlandırma
Görüşme Süresi	• 90 dk
Gerekli Araç - Gereçler	• Yazı tahtası, tahta kalem • Kalem, kağıt • Projeksiyon cihazı • Pelvis maketi • Bebek maketi • Destekli yer minderi • Yastık • Egzersiz matı

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan: Arş. Gör. Yeşim ANIK

Danışman: Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

2021





**EK 13: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ
DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/ 441
Konu :

Tarih : 25.03.2020

Sayın

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ
N.E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:28.02.2020 tarihli dilekçeniz;

“Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı, Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ’ un sorumluluğunda, Arş. Gör. Yeşim ANIK’ ın yardımcı araştırmacısı olduğu doktora tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 20 Mart 2020 tarihinde aldığı 2020/2352 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Ek: Etik Kurul Kararı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:104

Toplantı Tarihi: 20 Mart 2020

Karar Sayısı:2020/2352:N.E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ' un "Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili 28.02.2020 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Yeşim ANIK' ın doktora tez çalışmasının N.E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ' un sorumluluğunda bütçe desteğinin sağlandığına dair belgenin İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kuruluna sunulduktan sonra çalışmanın başlamasının uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ
Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Yeşim ANIK

ASLI G
20.03

Ömer İ
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Aı

Sekreteri

EK 14: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ KURUM İZİNİ



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14567952-900-E.33709
Konu : Tez Çalışması (Yeşim ANIK)

08/06/2020

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 05/06/2020 tarihli ve 18689117-200-E.33584 sayılı yazınız.

Fakülteniz Araştırma Görevlisi Yeşim ANIK'ın, "Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Gebe polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Tefik KÜÇÜKKARTALLAR
Başhekim

Prof. Dr. Tefik KÜÇÜKKARTALLAR
M.E.B. Sağlık Bakanlığı Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
Dip. Tes. No: 570006

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon: 0332 223 60 01 Faks: Elektronik Ağ: <http://www.erbakan.edu.tr>

Meryem UÇAR

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile iletmiştir.
Evrak teyidi: <https://ebysorgu.erbakan.edu.tr> adresinden 0YTE-0K9M-0ZDZ kodu ile yapılabilir.

EK 15: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup araştırmanın adı “Primigravidalara uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” şeklindedir. Bu araştırmanın amacı, ilk defa gebelik geçiren kadınlara uygulanan çözüm odaklı yaklaşım temelli eğitimin psikososyal sağlık, doğum korkusu ve doğum sonu güvenlik hislerine etkisini belirlemektir.

Araştırma, ilk gebeliği olan ve 32. gebelik haftasında olan kadınlarla yapılacaktır. Araştırmada, bir gruba dört oturum çözüm odaklı yaklaşım temelli eğitim verilecektir, diğer gruba ise herhangi bir müdahale uygulanmayacaktır. Araştırma kapsamına alınan gebeler rastgele seçilerek gruplara atanacaktır. Siz bu gruplardan herhangi birine atanabilirsiniz. Eğitim verilecek grupta yer almanız durumunda, sizinle çözüm odaklı yaklaşım temelli görüşmeler yapılacaktır. Eğitimde her oturumun süresi ortalama 90 dakika olarak planlanmıştır. Diğer grupta yer almanız durumunda ise size herhangi bir müdahale uygulanmayacaktır. Araştırmada, her iki grupta yer alan gebelere belirli aralıklarla anket ve ölçekler uygulanacaktır.

Bu araştırmada sizden beklenen size yöneltilen soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermek ve doğumunuz başladığında araştırmacıya haber vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir zarar/risk söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar, doğum korkunuzla baş edebilmenizi ve daha olumlu bir doğum deneyimi yaşamamanızı sağlamaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilecek tüm bilgiler gizli tutulacak ve araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katkınız için teşekkür ederiz...

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Arş. Gör. Yeşim ANIK

(Katılımcının Beyanı)

Sayın araştırmacı Yeşim ANIK tarafından bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan bilgiler tarafıma açıklandı. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce aydınlatılmış onam formunda yer alan bilgileri okudum ve sözlü olarak yapılan açıklamaları dinledim. Aklıma takılan soruları araştırmacıya yönelttim ve yanıtları aldım. Araştırmaya katılmayı düşünmem için bana yeterli süre tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile paylaştığım bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum.

Araştırmadan elde edilen sonuçların bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında, paylaşacağım kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana güven verildi. Araştırma sırasında herhangi bir neden belirtmeden araştırmadan ayrılabilirim. Böyle bir durumda araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmem gerektiğinin bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal yükümlülük altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sürecinde araştırma ile ilgili bir problem ile karşılaştığımda araştırmacı Yeşim ANIK' a hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılma konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmadım. Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmaya katılma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak ve memnuniyetle kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Arş. Gör. Yeşim ANIK

Adres:

Tel:

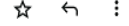
İmza:

EK 16: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Yeşim Anık

10 Kas 2021 11:53



Sayın Prof. Dr. Hatice YILDIZ Hocam,

Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan Araş. Gör. Yeşim ANIK. Doktora tezi olarak "Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı projeyi çalışmayı planlamaktayım. Tez çalışmamda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "*Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeğini*" izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim.

İyi Çalışmalar dilerim..

Saygılarımla,

Araş. Gör. Yeşim ANIK

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Sayın Yeşim Anık,
Geliştirmiş olduğum "Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirme Ölçeği"ni doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir. Ölçeğe ve değerlendirmesine ilişkin sorularınız olduğunda bana yazabilirsiniz. Ayrıca sonuçlarınızı paylaşabilirseniz sevinirim.

Çalışmanızda başarı dileklerle.

Prof. Dr. Hatice YILDIZ
Marmara University, Faculty of Health Sciences,
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing
İstanbul – Turkey

2 Ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



EK 17: WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VE B VERSİYONLARI KULLANIM İZNI

ÖLÇEK İZNI

Gelen Kutusu x

✕ 🖨️ 📧



Yeşim Anık

10 Kas 2021 Çar 11:43

☆ ↩️ ⋮

Sayın Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ Hocam,

Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan Araş. Gör. Yeşim ANIK. Doktora tezi olarak "Primigravidalara Uygulanan Çözüm Odaklı Yaklaşımın Psikososyal Sağlık, Doğum Korkusu ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı projeyi çalışmayı planlamaktayım. Tez çalışmamda geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaptığınız "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (WDEQ) A Versiyonu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (WDEQ) B Versiyonu" ölçeklerini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim.

İyi Çalışmalar dilerim..

Saygılarımla,

Araş. Gör. Yeşim ANIK

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD



Öznur Korukcu

📧 10 Kas 2021 15:56

☆ ↩️ ⋮

Alıcı: ben ▼

Sevgili Yeşim,

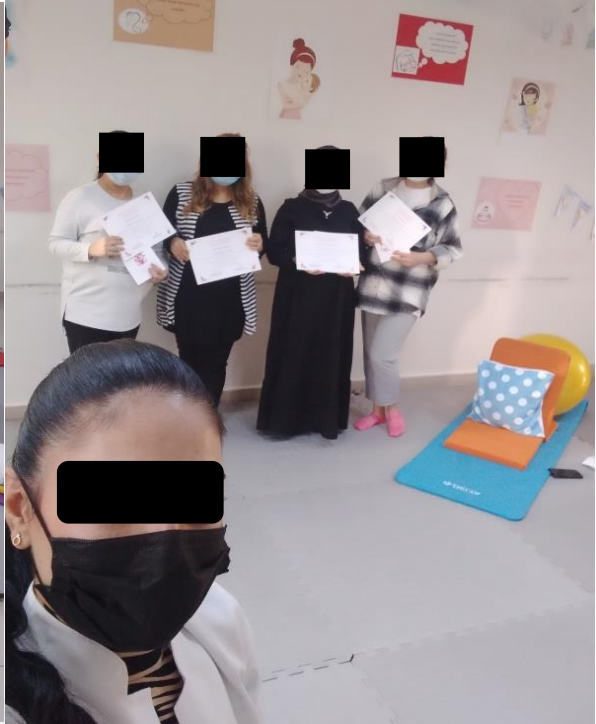
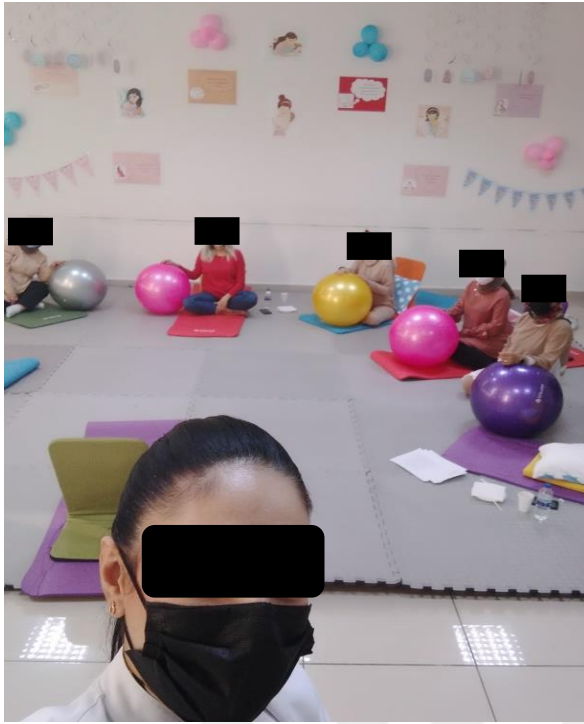
W-DEQ A ve B versiyonunu ekte gönderiyorum. W-DEQ A Türkçe versiyonu 33 maddelik, W-DEQ B ise 32 maddelik. Ölçeklerin puanlanması arkalarında yazıyor. Tez çalışmada şimdiden kolaylıklar dilerim. Eminim çok güzel bir araştırma projesi olacak.

Sevgilerimle..

Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

EK 18: EĞİTİM ORTAMINDAN VE EĞİTİMDEN KARELER





EK 19: ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM PROGRAMI EV ÖDEVİ ÖRNEKLERİ

BİRİNCİ OTURUM EV ÖDEVİNDEN ÖRNEKLER

- Ev Ödevi-1: İlk Oturum Görevinin Formüle Edilmesi
- Ev Ödevi-2: Öğretilen Nefes-1 egzersizlerinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması

EV ÖDEVİ-1:

“Sevgili Gebeler, bugün buradan ayrıldıktan sonra, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden gözlem yapmanızı istiyorum. Bu süre boyunca, gebeliğinizde, evliliğinizde, ailenizde, hayatınızda ya da ilişkilerinizde gördüğünüz, hep devam etmesini istediğiniz veya aynı kalmasını istediğiniz şeylerin neler olduğunu düşünmenizi ve bir daha ki oturumda yazılı olarak paylaşmanızı isteyeceğim.”

Gebeler olduğum için bütün dikkatler benim üzerimde öncelikle esin süreçti ihtiyacın olup olmadığını, birşeyler isteyip istemediğini soruyor buda böyle beni fazlasıyla mutlu ediyor. Daha fazla vakit geçirmiş oluyoruz birlikte. Esimin ailesi ve kendi ailemde bu dönemde benimle çok daha fazla ilgilediği için mutlu oluyorum, gebeliğim sona erdiğinde de bu ilgi ve alakanın devam etmesini isterim.

EV ÖDEVİ-1:

“Sevgili Gebeler, bugün buradan ayrıldıktan sonra, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden gözlem yapmanızı istiyorum. Bu süre boyunca, gebeliğinizde, evliliğinizde, ailenizde, hayatınızda ya da ilişkilerinizde gördüğünüz, hep devam etmesini istediğiniz veya aynı kalmasını istediğiniz şeylerin neler olduğunu düşünmenizi ve bir daha ki oturumda yazılı olarak paylaşmanızı isteyeceğim.”

Öncelikle ailem... hep aynı kalmasını istediğim ilk statü. Desteklerinin, varlıklarının, sevgilerinin hep aynı kalmasını ister. Daha sonra sevgi faktörleri olarak; sağlık, huzur, mutluluk... manevi olarak bu üç kavram değişmesin hayatında isterim. Evliliğimde ise esimle aramla olan arkadaşlık, sıcaklık (sevgi saygı) his arası his değişmesini isterim. Hayattaki tek dostum olarak esimin aklı değişmesini, hayk. karakter, ahlak yönünden hep aynı kalmasını ve kendi olan bakışlarının hiç değişmesini isterim. ♥

EV ÖDEVİ-1:

"Sevgili Gebeler, bugün buradan ayrıldıktan sonra, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden gözlem yapmanızı istiyorum. Bu süre boyunca, gebeliğinizde, evliliğinizde, ailenizde, hayatınızda ya da ilişkilerinizde gördüğünüz, hep devam etmesini istediğiniz veya aynı kalmasını istediğiniz şeylerin neler olduğunu düşünmenizi ve bir daha ki oturumda yazılı olarak paylaşmanızı isteyeceğim."

.....Ben bu süreçte ailemin de... ailemin de... bana ne kadar
.....güvendiklerini... bir... kez... daha... gördüm... oldu... Beni... bugün... kadar
.....her... zaman... sağune... kadar... desteklediler... ve... yanınada... aldular..
.....Bu... zamana... kadar... aldığı... gibi... bu... zamandan... sonra... da... bunların
.....her... daha... devam... etmesini... ve... ailemizdeki... bağların... ilişkilerimizin
.....hiç... bir... zaman... zarar... görmemesini... istenir... Ayrıca... bana... aldığı
.....ve... alakalarına... azalmamasını... ve... birbirimiz... olan... bağlılığımızı
.....hep... aynı... kalmasını... istenir.....

EV ÖDEVİ-2: Bugün öğrendiğimiz **Nefes-1 Egzersizini** bir sonraki oturuma kadar her gün 15 dakika uygulamanızı ve kayıt etmenizi isteyeceğim.

Cumartesi: ...Yapamadım.....
Pazar: ...Yapamadım.....
Pazartesi: ...Yaptım.....
Salı: ...Yaptım.....
Çarşamba: ...Yaptım.....
Perşembe: ...Yaptım.....
Cuma: ...Yaptım.....

İKİNCİ OTURUM EV ÖDEVİNDEN ÖRNEKLER

- Ev ödevi-1: Geleceği okuma tekniği ile olumlu değişimlere odaklanma
- Ev ödevi-2: Öğretilen Nefes-2 ve Nefes-3 egzersizlerinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması

" Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden senarist ve oyuncunun kendinizin olduğu bir film yazmanızı istiyorum. Sizleri buraya getiren tüm sorunlarınızın ortadan kalktığı, hepsinin çözülmüş olduğu bir film izlese bu film nasıl olurdu? Neler izlerdik?"

Günlerden bir gün eşim bana süpriz yaparak beni gemiye bindiği. Gemide romantik ortam las bir ışık ve güzel bir masa ve yemekler, yemek yenerek bir anda gemi bozuluyor ve panik yapıyoruz. Telefon yok hiçbirşey yok ama gemide ihtiyaslarımızı karşılayacak herşey var. Panik yapıyoruz ama o anki romantik ortamda bozulanı kayfeti alır. Gemi bizi ummadığını bir anda sınırlıyor. İssiz bir ada gemiden iniyoruz. Elif, amur, amura vateret seyrederiz. Gençler bahçe ve bahçe de oynayan adisimle beraber güzel bir vakit geçiriyoruz.

" Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden senarist ve oyuncunun kendinizin olduğu bir film yazmanızı istiyorum. Sizleri buraya getiren tüm sorunlarınızın ortadan kalktığı, hepsinin çözülmüş olduğu bir film izlese bu film nasıl olurdu? Neler izlerdik?"

MUCİZE

...Sı adında bir hamile bayan hamileliği boyunca çok mutlu ve bi o kadar da endişeliymiş. Doğum zamanı yaklaştıkça dağum korkusu ve endişesi daha da artmaya başlamış. Bebeğinin geleceği için çok mutlu oluyormuş ama ne yaparsa korkularından kurtulamıyormuş. Günler geçmiş ve dağum zamanı gelmiş. Bir gece uyurken kendini çok huzurlu hisliymiş. Sabah gözlerini açtığı anda yanında bir bebek olduğunu görmüş. Çok şaşırmış bakmış ki dağum yapmış bir mucize olmuş hiç ağı çekmeden gül kokulu bebeği yanında ona gülümser gibi bakıyormuş.

EV ÖDEVİ-1:

“ Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden senarist ve oyuncunun kendinizin olduğu bir film yazmanızı istiyorum. Sizleri buraya getiren tüm sorunlarınızın ortadan kalktığı, hepsinin çözülmüş olduğu bir film izlese bu film nasıl olurdu? Neler izlerdik? ”

..... Başrolde doğumu yaklaştırmış bir anne var. Ama bu durum hiçbir... olumsuzluk negatif bir düşünce sağlamıyor. Daha güzel... g'lerin... yaklaştığının habercisi. Kısa süreli tatile gitmek gibi hastaneye... değişim... büyük bir heyecanla ve mutluluk ve bu kısa yoksulluktan... olduklarında... artık hiçbir şey eskisi gibi olmayacak. Daha da güzel olursak... Çünkü... yollarında çok değerli ve bundan... Sonra da... hayatlarının en önemli kararı olacak biri var. Artık... daha sağlıklı, canlı, hayatları daha anlamlı. Bu mutlu bir son değil, başlangıç.

EV ÖDEVİ-2: Bugün öğrendiğimiz **Nefes-2 ve Nefes-3 Egzersizlerini** bir sonraki oturuma kadar her gün 15 dakika uygulamanızı ve kayıt etmenizi isteyeceğim.

Cumartesi: ...15 dk.....
Pazar: ...15 dk.....
Pazartesi: ...15 dk.....
Salı: ...10 dk.....
Çarşamba: ...—.....
Perşembe: ...15 dk.....
Cuma: ...15 dk.....

EV ÖDEVİ-2: Bugün öğrendiğimiz **Nefes-2** ve **Nefes-3** Egzersizlerini bir sonraki oturuma kadar her gün 15 dakika uygulamanızı ve kayıt etmenizi isteyeceğim.

Cumartesi: ✓ (15 dk yaptım)

Pazar: —

Pazartesi: ✓ (15 dk yaptım)

Salı: ✓ (15 dk yaptım)

Çarşamba: ✓ (15 dk yaptım)

Perşembe: ✓ (15 dk yaptım)

Cuma: ✓ (15 dk yaptım)



ÜÇÜNCÜ OTURUM EV ÖDEVİNDEN ÖRNEKLER

- **Ev ödevi-1:** Bebeğin hayalindeki doğumunu anlatan öykü yazılması (Sadece olumlu ifadeler kullanılarak yazılacak)
- **Ev ödevi-2:** Gebelerin program süresince kendilerinde olan değişimleri ve elde ettikleri kazanımları gözlemlmeleri ve yazmaları
- **Ev ödevi-3:** Öğretilen Nefes-4 egzersizinin evde uygulanması ve kayıt altına alınması

EV ÖDEVİ-1 :

"Sergili gebeler bir sonraki gönlümmeze kadar sizlerden bebeğinizin hayalinizdeki doğumunu anlatan bir öykü yazmanızı istiyorum." (Sadece olumlu ifadeler kullanılacak.)

İşte aylarca beklediğim içimde büyüyen büyük mucizemin yavaşta gelme isteğini farkettim. Gelmeye kararlıydı bu sefer, bu dalga diğer dalgalardan birazcık daha farklıydı çünkü. Çok farklı bir duyguydu bu biliyorum ki bugüne kendimi hazırlamıştım. Korkacak hiçbir şey yoktu. Başaracağım dedim. Kendime kızımın ve kendimin çok sevdiği bir müzik açtım. Dalgaları korku ile değil sevinç ile karşıladım. Artık kızım gelecekti, aylardır hayallerini kurduğumuz zaman işte bu zamandı. Eşime haber verdim telaş yapma esin eğitilmiş olma doğumun başlarında da sadece yanımda olman için aradım dedim. Biliyorum ki belli bir saati evimde rahat bir şekilde geçirmeliydim. Çok şükür ki öyle yaptım. Ben güçlü bir kadıyım ve burada kendim başaracağım. Zaman ilerledikçe dalgaları arttı arttıkça gülmemde enteresan bir gülümseme duyuyor, buna eşim de dahil herkes çok şaşıyordu. Gereken her şeyi yaptım. Nefes egzersizleri, bir kaç hareket, en güzel ise ilk bir dış oktu. Artık hastane yolunun vakti geldi. Hepimizde bir telaş e tabi çokça kaygı korkmanın kontrol bende dedim. İçeriye alındım. Sadece ben vardım artık tanıdığım hiç kimse yoktu. Başaracaksın tüm bilgiye sahipsin k dedim kimseyi çok bekletme kızımın annesi gibi iyimser olduğu için bana yardım etti qabucak geldi. Ve işte o an her şey için değerdi... En güzel ise iki kişi çıktığımız eve kızımızla sağlıklı olarak üç kişi gelmekti...

EV ÖDEVİ-1:

“Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden bebeğinizin hayalinizdeki doğumunu anlatan bir öykü yazmanızı istiyorum.” (sadece olumlu ifadeler kullanılacak)

Artık kokusunun Gelişi
Heyecanlı bekleyiş artık yavaş yavaş son buluyordu. Ameli kütüğüne kavuşmasına saat 22 kalmıştı. Doğum dalgaları başlamış ve annenin heyecanı bir kat daha artmıştı. Analgoları öğrendiği uygulamalarla harisletiyor bir yandan bütün bedenini muait esliğinde rahatlatıyordu. İlk bir duş alıp eşinin ona hazırladığı sıcak bitki sayını keyifle yutuyordu. Artık yavrusuna kavuşmak için hastahaneyi gitme vakti gelmişti. Doğumhaneye gelip onu güler yüze karşılayan ebelere kendini teslim etmişti. Onların komutlarını dinleyip yavrusuna kavuşmak için elinden geleni yapıyordu. Evet artık kokusuna kavuşmuş ve derin derin kokusunun tadına doymuştu. Dokuz ay boyunca beklenen hasret bitmişti.

EV ÖDEVİ-1:

“Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar sizlerden bebeğinizin hayalinizdeki doğumunu anlatan bir öykü yazmanızı istiyorum.” (sadece olumlu ifadeler kullanılacak)

Sabah güne doğay uyardığında içinde hiçbir bir
mutluluk vardı. Tıpkı rüyasında olduğu kucagina aldığı
gün gibi huzurlu uyumistim. Aniden zaman geçiyordu...
Dalgalanma hissetmeye başladı. Biken her tekrar edince
süre tutmaya başladı. Neden... huzurlu uyardığını şimdi
anlaya biliyordun. Beklenen... yoku yola çıkmaya başlanıyordu.
Bu... bilen... en güzel kuyutların ayırdı, tertemiz
olması... gerekiyordu... onu korumak için ilk düşün
aldı ve esine de yolunda bahsetti. Dalgalanmaların sıklığı
5'er dakikaya düşene kadar birlikte vakit geçirdiler.
Çünkü her zaman ki gibi en güzel anlarını esinin kollarında
geçirmeyi seviyordu. Hastane yoluna tutma vakti gelmişti.
Artık hayata gittikçe artıyor. Dalgalanmalar artık
nefes egzersizleriyle bastırılıyor. Yolunun geleceği
yollar. Hayatın o kadar fazladır ki ne korku ne endişe
habersiz hissetmiyordu. Tıpkı rüyasında ki gibiydi herşey.
Masaya geçme zamanı gelmişti. Sadece bir adım kalıyordu.
Yolcusuzlu kovanıya - kokusunu içine alıyordu...

"Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar ev ödevi olarak, şimdiye kadar sizlerde olan değişimleri, elde ettiğiniz kazanımları gözlemlemenizi ve not almanızı istiyorum."

Bu eğitime başlamadan önce bir çok korku ve kaygılarım vardı. Her eğitimde bilmediğim çok çok bilgi vermiş ki öğrendik ve kendime olan cesaretim arttı. Korkularım ayıla kabuk gitmeye başladı ki her bir sonraki eğitime kadar daha çok huzurlu bir hafta geçirdim. Doğum da ne yapmam gerekiyor, o anı kendim için ve bebeğim için nasıl güzel bir anı olarak bırakabilirim hepsini bu eğitim ile öğrenmiş oldum. Bu eğitim ile hem psikolojik hem fizyolojik bir çok kazanım elde ettim.

EV ÖDEVİ-2 :

Sizlerde olan değişimleri, elde ettiğiniz kazanımları gözlemleyip not almanızı istiyorum.

Aldığım en güzel kazanım "doğum" denilince aklıma gelen o an herkesin abarttığı saçma sapan hurafeler değil. Her kadının yaşamak isteyeceği ve istediği çok doğal ve güzel bir süreçten olması. Demem o ki iyimserlik, daha doğrusu o iyimserlik korkuyu yendi. Dursun tüm gebelere.. Teşekkürler Ufşim Hocam !

"Sevgili Gebeler, bir sonraki görüşmemize kadar ev ödevi olarak, şimdiye kadar sizlerde olan değişimleri, elde ettiğiniz kazanımları gözlemlemenizi ve not almanızı istiyorum."

7 aydan önce başladığım gebemden de önceki 9 aylara kadar ilerledi. Bilmediğim konular da öğrendim için kafemde ki soru işaretler kayboldu. Önemli olan düşüncelerime daha olumluları eklendi.

EV ÖDEVİ-3: Bugün öğrendiğimiz **Nefes-4 Egzersizini** bir sonraki oturuma kadar her gün 15 dakika uygulamanızı ve kayıt etmenizi isteyeceğim.

Cumartesi: 15 dk
Pazar: 15 dk
Pazartesi: 15 dk
Salı: 15 dk
Çarşamba: 15 dk
Perşembe: 15 dk
Cuma: 20 dk

EV ÖDEVİ-3: Bugün öğrendiğimiz **Nefes-4 Egzersizini** bir sonraki oturuma kadar her gün 15 dakika uygulamanızı ve kayıt etmenizi isteyeceğim.

Cumartesi: Nefes-4 Egzersizini 15 dk uyguladım.
Pazar: // // // //
Pazartesi: // // // //
Salı: // // // //
Çarşamba: // // // //
Perşembe: // // // //
Cuma: // // // //