



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences



GEBELERDE DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN
DOĞUM KORKUSU İLE TERCİHLERİ VE
TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEDİYE KALIPCIOĞLU

Ebelik Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 10104.01



BALIKESİR

2026

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERDE DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN
DOĞUM KORKUSU İLE TERCİHLERİ VE
TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEDİYE KALIPCIOĞLU

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZNUR YAŞAR

Ebelik Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 10104.01

BALIKESİR

2026



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KABUL VE ONAY



Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Hediye Kalıpcıoğlu** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“Gebelerde Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Korkusu İle Tercihleri ve
Travmatik Doğum Algısına Etkisi”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/01/2026

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Öznur Yaşar
Balıkesir Üniversitesi
(Danışman)
(Başkan)

Doç.Dr. Selda YÖRÜK
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Çiler YEYĞEL
Tınaztepe Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 05/02/2026 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

05.02.2026

İmza

Hediye KALIPCIOĞLU

İTHAF

*“Doğumda kadın kendisini kraliçe gibi hissedemiyorsa, o doğumda bir şeyler yanlış
gidiyor demektir!”
(İna May Gaskin)*

*Doğum anında kendini kraliçe gibi hissetmek isteyen ve bu yönde kişisel gelişimini
destekleyen tüm kadınlara...*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca daima kıymetli bilgilerini ve değerli vaktini esirgemeyen, zorlandığım dönemlerde bile anlayış ve desteğini eksik etmeyen, çalışma sürecinde sağladığı bilimsel yönlendirmeler ile yoluma ışık tutan, yoluma rehber olan, yapabileceğime her zaman inanan, hayatımın geri kalan kısmında kalbimde hep yeri olan kıymetli tez danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR**'a,

Lisans ve yüksek lisans öğrenim hayatım boyunca ebelik mesleğinin felsefesini, değerlerini, etik duruşunu, akademik eğitimin kıymetini bana öğreten, araştırma teknikleri ile ilgili engin bilgileri ile beni tez yazıma hazırlayan, saygıdeğer hocam **Doç. Dr. Selda YÖRÜK**'e ve beni lisans eğitimimden beri tanıyan, ebelik mesleğinin değerlerini bana öğreten, hayatıma ışık tutmuş ve bana idol olmuş bütün değerli bölüm hocalarıma,

Eğitim sürecim boyunca duygusal iniş çıkışlarımı tolere eden, yorulduğum ve yalnız hissettim her anda beni destekleyen ve güçlendiren, eksikliklerime hoşgörü ile yaklaşan, her zaman başarabileceğime inanan, sevgisi ve şefkatiyle hayatıma anlam katan, yol arkadaşım, sevgili eşim **Burak KALIPCIOĞLU**'na,

Yoğun ders dönemimde ve tez sürecimin her anında bana akademik ve manevi destek sağlayan, benimle bu yolculuğun her anında yürüyen, yapabileceğime yürekten inanan ve beni hep teşvik eden, düştüğümde beni kaldıran, bu yolu bitirmemde çok büyük emeği olan kardeşim **Gürol BİLGİN**'e,

Bana emek vererek bugün olduğum kişi olmamda büyük payı olan, koşulsuz sevgileri ile beni besleyen, eğitim hayatım boyunca bana maddi-manevi destek sağlayan, hayatta her şeyi başarabileceğime yürekten inanan ve hayattaki en büyük şansım olan, annem **Fatma BAŞSOY**'a, babam **İbrahim BAŞSOY**'a, kayınvalidem **Halide KALIPCIOĞLU**'na ve sevgili diğer yarım, kız kardeşim **Zühra ÖZGEN**'e,

Uykusuz gecelerimde benimle uykusuz kalan ve koşulsuz sevgisiyle bana moral olan evcil hayvanım, hayatımın sessiz ve gizli destekçisi **İnci**'me,

Çalışmama katkı sağlayan ve bu mesleği ne kadar çok sevdiğimi bana her gün hatırlatan sevgili gebelerime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	İ
ÖZET	İV
ABSTRACT	VI
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Gebelik ve Doğumun Önemi	3
2.2. Doğum Korkusu (Tokofobi)	5
2.2.1. Doğum Korkusu Nedenleri.....	6
2.2.2. Tokofobinin Görülme Sıklığındaki, Kültürel Farklılıklar ve Türkiye	7
Örneği.....	7
2.2.3. Doğum Korkusu ve Ebelik Yaklaşımı	9
2.3. Travmatik Doğum Algısı.....	10
2.3.1. Travmatik Doğum Algısının Nedenleri	11
2.3.2. Travmatik Doğum Algısı Prevelansı	14
2.3.3. Travmatik Doğum Algısının Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Sonuçları	15
2.3.4. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı.....	17
2.4. Doğuma Hazırlık Eğitimi	18
2.4.1. Doğuma Hazırlık Eğitimi Tarihçesi	20
2.4.2. Türkiye’de Doğuma Hazırlık Eğitimleri	21
2.5. Doğum Tercihleri.....	22
2.5.1. Vajinal Doğum	23
2.5.2. Sezaryen Doğum	23
2.5.3. Dünyada Sezaryen Oranları.....	24
2.5.4. Türkiye’de Sezaryen Oranları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27

3.1. Araştırmanın Amacı.....	27
3.2. Hipotezler:	27
3.3. Araştırmanın Tipi.....	27
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	29
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	29
3.6.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	29
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	30
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	30
3.8. Veri Toplama Araçları.....	30
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu	31
3.8.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (WDEQ-A) ...	31
3.8.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği.....	32
3.9. Verilerin Toplaması	32
3.10. Araştırmanın Uygulanması.....	33
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	37
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar	63
6.2. Öneriler	66
6.2.1. Ebelik Hizmetlerine Yönelik Öneriler	66
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	67
KAYNAKLAR	68
ÖZGEÇMİŞ	81
EKLER	82
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	82
Ek 2: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği	84
Ek 3: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	89

Ek 4: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	91
Ek 5: Etik Kurul Görüşü	93
Ek 6: Karesi Belediyesi Kurum İzni	95
Ek 7: Ölçek İzinleri	96
Ek 8: Doğuma Hazırlık Eğitim Planı	97

ÖZET

GEBELERDE DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİMİNİN DOĞUM KORKUSU İLE TERCİHLERİ VE TRAVMATİK DOĞUM ALGISINA ETKİSİ

Bu araştırma; gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ile tercihleri ve travmatik doğum algısına etkisinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yarı deneysel tipteki çalışma; Ağustos 2024- Ağustos 2025 tarihleri arasında Balıkesir Karesi Belediyesi tarafından yapılan anneliğe hazırlık eğitimlerine başvuran gebeler ile yürütülmüştür. Araştırma örnekleminin büyüklüğü ve güç değerinin hesaplanmasında G*Power version 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. Araştırma, kontrol grubu 63, eğitim verilen grup 63 olmak üzere 126 gebe ile tamamlanmıştır. Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği, Travmatik Doğum Algısı Ölçeği kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, iki bağımlı grup karşılaştırılmasında ise bağımlı t testi uygulanmıştır. İki bağımlı kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için McNemar Bowker Testi kullanılmıştır. Grupların başlangıçta homojenliğini test etmek amacıyla sosyodemografik ve obstetrik değişkenler açısından Ki-kare analizi uygulanmıştır. İki den fazla grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Çok değişkenli değişkenleri değerlendirmek amacıyla korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

Gebelerin grupları ile gebelik haftası ve doğum öncesi bakım alma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızda eğitim verilen grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Katılımcıların eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu

belirlenmiştir. Çalışmamızda eğitim verilen grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Travmatik doğum algısı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Gebelerin eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitim verilen gebelerde planlanan doğum şeklinin eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 = 7,000$; $p = 0,030$). Eğitim öncesi kararsız olan gebelerin %15,2'sinin eğitim sonrasında belirli bir doğum şekline yöneldiği ve bu grubun ağırlıklı olarak vajinal doğum tercihi gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bulgular doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ile tercihleri ve travmatik doğum algısı üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Kadınlar gebelik ve lohusalık dönemlerinde ebeler tarafından düzenli takip edilmeli, doğum korkusu ve travmatik doğum algısına sahip olanlar tespit edilmelidir. Doğuma hazırlık eğitim programlarında doğumu kolaylaştıran ve doğum korkusunu azaltacak müdahalelere yer verilmelidir. Doğuma hazırlık eğitimi ve danışmanlığı verebilecek şekilde tüm ebelere hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, doğum korkusu, prenatal eğitim; travmatik doğum algısı

ABSTRACT

THE EFFECT OF CHILDBIRTH PREPARATION EDUCATION ON FEAR OF CHILDBIRTH, PREFERENCES, AND PERCEPTIONS OF TRAUMATIC BIRTH IN PREGNANT WOMEN

This study was conducted to determine the effect of childbirth preparation education on fear of childbirth, preferences, and perception of traumatic birth among pregnant women.

The semi-experimental study was conducted with pregnant women who applied for maternity preparation training organized by the Balıkesir Karesi Municipality between August 2024 and August 2025. The G*Power version 3.1.9.7 program was used to calculate the sample size and power value of the research. The study was completed with 126 pregnant women, 63 in the control group and 63 in the training group. Research data were collected face-to-face using the Personal Information Form, the Wijma Childbirth Expectancy/Experience Scale Version A, and the Traumatic Birth Perception Scale. For comparing quantitative data in normally distributed data, an independent t-test was used to test the difference between two independent groups, and a dependent t-test was used to compare two dependent groups. The McNemar-Bowker Test was used to test the relationship between two dependent categorical variables. Chi-square analysis was applied to test the initial homogeneity of the groups in terms of sociodemographic and obstetric variables. The one-way analysis of variance test was used to compare more than two groups. Correlation and regression analysis were performed to evaluate multivariate variables.

A significant relationship was found between the groups of pregnant women and the gestational week and the status of receiving prenatal care ($p < 0.05$). In our study, a statistically significant difference was observed between the Wijma Childbirth

Expectation/Experience A Version Scale scores of the group that received training before and after the training ($p < 0.05$). It was determined that the participants' Wijma Childbirth Expectation/Experience A Version Scale scores before the training were higher than their scores after the training. In our study, a statistically significant difference was observed between the pre-training and post-training scores of the Traumatic Birth Perception Scale in the group that received training ($p < 0.05$). It was determined that the pre-education scores on the Traumatic Birth Perception Scale were higher than the post-education scores. A statistically significant difference was found between the planned mode of delivery before and after education in pregnant women who received education ($\chi^2 = 7.000$; $p = 0.030$). It was found that 15.2% of pregnant women who were undecided before the education opted for a specific mode of delivery after the education, and this group predominantly preferred vaginal delivery. These findings reveal that childbirth preparation education has an effect on fear of childbirth, preferences, and perception of traumatic birth.

Women should be regularly monitored by midwives during pregnancy and the postpartum period, and those with fear of childbirth and traumatic birth perceptions should be identified. Childbirth preparation education programs should include interventions that facilitate childbirth and reduce fear of childbirth. It is recommended that all midwives receive in-service training to enable them to provide childbirth preparation education and counseling.

Keywords: *Pregnancy, Fear of childbirth, prenatal education, traumatic birth perception*

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TDAÖ : Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

W-DEQ-A : Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırmadan Önceki Son Beş Yılda Sezaryen ile Gerçekleşen Canlı DoğumlarınYüzdesi	25
Şekil 2: Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması	26
Şekil 3: Çalışmanın Akış Şeması.....	35

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları	32
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Gruplarına Göre Demografik Özellikleri Dağılımı.....	38
Tablo 4.2. Eğitim Verilen Grup ile Kontrol Grubunun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Normallik Analizi Sonuçları.....	41
Tablo 4.4. Katılımcıların Gruplar Arası Eğitim Öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.5. Katılımcıların Gruplar Arası Eğitim Öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Durumlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Katılımcıların Gruplar Arası Eğitim Öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.7 Katılımcıların Gruplar Arası Eğitim Öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Durumlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.8. Katılımcıların Gruplar Arası Eğitim Öncesi Doğum Tercihlerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.9 Eğitim Verilen Grup Katılımcılarının Eğitim Öncesi Ve Sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.10. Eğitim Verilen Grup Katılımcılarının Eğitim Öncesi Ve Sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Durumlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.11. Eğitim Verilen Grup Katılımcılarının Eğitim Öncesi Ve Sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12. Eğitim Grubu Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.13. Kontrol Grubu Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	49

Tablo 4.14. Eğitimin Doğum Tercihlerine Etkisi.....	50
Tablo 4.15 Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği – Travmatik Doğum Algısı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 4.16. Eğitim Ve Kontrol Gruplarında Demografik Değişkenler İle Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonla.....	52
Tablo 4.17. Travmatik Doğum Algısının Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimine Regresyon Analizi Sonuçları (Ön Test).....	53
Tablo 4.18. Travmatik Doğum Algısının Eğitim Sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (Son test)..	54

1. GİRİŞ

Kadının hayatında önemli bir yere sahip olan gebelik ve doğum süreci, kadın için heyecan ve mutluluk verici bir süreç olsa da aynı zamanda korku, kaygı, bilinmezlik ve endişe gibi olumsuz duyguları da barındırmaktadır (Gökçek, 2022)

Gebe kadınların özellikle gebeliğin ilk zamanlarında doğum ile ilgili endişe veya korkularının olması oldukça normaldir. Doğum korkusu, küçük endişelerden kadınların üzerinde önemli bir etki bırakarak zihinsel sağlıklarını etkileyen ciddi bir doğum korkusuna kadar değişebilmektedir. Bazı kadınlar daha yüksek korku düzeyine sahip olabilmektedir. Yüksek/şiddetli doğum korkusuna sahip olan kadınların planlı veya acil sezaryen doğum, enstrümantal doğum ve uzamış doğum gibi korku ile ilgili fiziksel etkileri yaşama olasılığı daha fazla olmaktadır (O'Connell vd., 2021). Gebe kadınların yaklaşık %33'ünün gebeliğin son üç ayında doğum korkusunun olduğu ve % 11 ile %14'ünün ciddi doğum korkusu yaşadığı (Yoosefi Lebni vd., 2021), ciddi doğum korkusu bildiren kadınların isteyerek sezaryen doğum yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu (Ryding vd., 2015) belirtilmektedir.

Doğum çoğu kadın tarafından başarı olarak hatırlanan bir yaşam geçişi olarak görülse de bazı kadınlar için ise oldukça zor, stresli, önceden tahmin edilemez bir travmatik deneyim olarak değerlendirilmektedir (Elmir vd., 2010). Yapılan literatür taramasında; gebe kadınların % 56.8'inin orta, % 27.1'inin yüksek travmatik doğum algısına sahip olduğu, yine başka bir çalışmada gebe kadınların %23.6'sının yüksek düzeyde travmatik doğum algısı yaşadığı, kadınların yaklaşık yarısının doğum deneyimlerini ılımlı, kötü ve çok kötü olarak değerlendirdiği belirtilmiştir (Aktaş, 2018; Unsal Atan vd., 2018; Yazıcı Topçu & Aktaş, 2021). Türkiye'de yapılan travmatik doğum algısına neden olan faktörler incelendiğinde; lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip olan, primipar olan, plansız gebeliği olan, sezaryen ile doğum yapan, doğumunu acil sezaryen ile gerçekleştiren, oksitosin infüzyonu ve lavman uygulaması

yapılan kadınların travmatik doğum algısı ölçek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Döner & Uçtu, 2024).

Gebelerin yüksek oranlarda doğum korkusu ve travmatik doğum algısı yaşadıkları, bu durumun doğum tercihlerini etkilediği ve doğum komplikasyonlarının görülme sıklığını artırdığı görülmektedir (Yazıcıoğlu ve Yavuz,2022). Ülkemizdeki kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili konularda yeterli bilgiye sahip olmadığı, her yüz kadından 21'inin korku yaşadığı görülmektedir (Deliktas & Kukulu, 2019; Gökçe İsbir vd., 2024).

Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgilerinin artırılmasında doğuma hazırlık eğitimleri önemli bir yere sahiptir. Doğuma hazırlık sınıflarına katılmak ve tercih edilen doğum şekli, doğum korkusu ile ilişkili olarak bulunmuştur (Pirdadeh Beiranvand vd., 2017). Literatürde doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusu ve doğum tercihlerine etkisi ile ilgili çalışmalar bulunsa da (Mousavi vd., 2022) doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerini aynı anda inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bilim ve akademik çalışmalar sürekli olarak ilerleme ve gelişme göstermektedir. Yeni bulgular ve perspektifler, mevcut bilgileri zenginleştirir ve daha kapsamlı bir anlayış sağlar. Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerine etkisinin incelenmesi yeni tedavi yöntemleri geliştirmek veya mevcut tedavi protokollerini iyileştirmek için temel oluşturabilir ve doğum korkusu ile travmatik doğum algısına bağlı ileride yaşanacak komplikasyonların önüne geçilebilir. Bu sebeplerle doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerin doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerinin incelenmesi amacıyla bu tez çalışması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Doğumun Önemi

Gebelik ve doğum, kadın hayatının en önemli süreçlerinden biri olarak belirtilmektedir. Bu süreç yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda kadın sağlığını, buna bağlı olarak ailenin yapısını ve toplumun geleceğini etkileyen çok kapsamlı bir süreçtir. Sağlıklı gebelik ve güvenli doğum, hem annenin hem de bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığının belirleyicisi olmakla beraber ülkelerin kalkınma göstergelerinin de önemli bir yansımasıdır. Bu nedenle ana sağlığı, dünya çapında sağlık politikalarının öncelikli alanlarından biri olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2023 verilerine göre, her gün 700'den fazla kadın gebelik ve doğuma bağlı sebeplerle yaşamını yitirmekte ve yaklaşık her iki dakikada bir anne ölümü gerçekleşmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 260.000 kadın, doğum sırasında ve sonrasında hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerinin neredeyse tamamı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmakta olup, genellikle önlenemez nedenlerdir. En sık ölüm nedenleri; doğum komplikasyonları, şiddetli kanama, dolaylı obstetrik ölümler, preeklampsi, eklampsi, intihar ve enfeksiyonlardır (Cresswell vd., 2025). Küresel anne ölüm oranı, 2023 yılında 100.000 canlı doğumda 197 olarak bildirilirken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran 10, düşük gelirli ülkelerde ise 346'dır. Bu veriler, gebelik ve doğum sürecinin, kadın sağlığı açısından küresel çapta önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (World Health Organization, 2023).

Türkiye'de anne sağlığı alanında son yıllarda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, anne ölüm oranı 2002 yılında 100.000 canlı doğumda 64 iken, 2021 yılında 13.1'e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2002; Sağlık Bakanlığı, 2023). Bu azalma, doğumların hastanede sağlık profesyonelleriyle gerçekleştirilmesi ve ana-çocuk sağlığına yönelik çalışmaların güçlendirilmesiyle bağdaştırılmaktadır. Ancak Türkiye'de doğumların gerçekleşme şekline bakıldığında sezaryen oranlarının

oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Sezaryen ve primer sezaryen oranı 2022 yılı itibarı ile sırasıyla %46.4 ve %18.5 ile en düşük düzeyde devlet hastanelerinde gerçekleşmiş olup, özel hastanelerde en yüksek seviyededir ve sırasıyla sezaryen oranı %78.1 ve primer sezaryen oranı %46.2 olarak gerçekleşmiştir. (Topaktaş & Beylik, 2024). Bu oran, DSÖ'nün belirlediği %15 sınırının fazlasıyla üzerindedir ve doğuma hazırlık eğitiminin doğum tercihlerini nasıl etkilediğini araştırmayı gerekli kılmaktadır.

Kadın sağlığında biyolojik faktörlerin yanı sıra psikososyal unsurlar da belirleyici rol oynamaktadır. Kadınların travmatik doğum geçmişi, kısa ve uzun vadede ruh sağlığını da büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Bu nedenle kadınların gebelik ve doğum sürecinde yalnızca biyolojik değil, psikolojik ve sosyal yönlerden de desteklenmesi büyük önem arz etmektedir. Anne ruh sağlığı sorunları gebelik sırasında veya doğum sonrası ilk yılda anne ölümlerinin önde gelen nedeni olarak belirlenmiştir (Gimbel vd., 2024). Anne ölümlerini azaltmak için kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerine erişiminin sağlanması, sağlık eğitimlerine katılımlarının desteklenmesi ve kadınların ekonomik olarak güçlendirilmesi önem arz etmektedir. Ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde kadınlarla ilk profesyonel teması kurdukları için anne sağlığında kilit rol oynamaktadır (Olawade vd., 2023).

Gebelik döneminde kadınların önemli bir kısmı stres, anksiyete ve depresyon gibi önemli psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar kadınların sağlığını, sosyal hayatını ve aynı zamanda doğacak bebeğinin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden yaşanan problemlerin erken tanılanması ve gerekli desteğin (eş desteği, psikososyal müdahaleler ve eğitimler) kadınlara sağlanması kritik önem arz etmektedir. Sosyal destek faktörlerinin psikolojik riskleri azaltmada koruyucu rol oynadığı vurgulanmaktadır. Gebelere verilecek destek programlarına anneler kadar babalar ve diğer aile üyeleri de dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Jeličić vd., 2025).

Sonuç olarak gebelik ve doğum süreci; kadın sağlığının korunması, anne ölümlerinin önlenmesi, sağlıklı nesillerin ve sağlıklı toplumun yetişmesi açısından hayati bir öneme sahiptir. Bu sürecin yalnızca biyolojik yönü değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da dikkate alınmalı; anne adaylarının doğum deneyimlerini olumlu kılacak eğitim ve destek mekanizmaları geliştirilmelidir.

2.2. Doğum Korkusu (Tokofobi)

Doğum korkusu/Tokofobi, gebelerde şiddetli doğum korkusu olarak tanımlanmaktadır (Sakin & Çolak, 2023). Kadınların hem ruhsal sağlığını hem de doğum tercihini önemli şekilde etkilediği gözlemlenmektedir. Doğum korkusu veya tokofobi gebelerde oldukça sık rastlanan psikolojik bir sağlık problemidir. Normal bir durumdan patolojik boyuta kadar çeşitlilik gösterebilmektedir. (Nguyen vd., 2021).

Literatürde tokofobi birincil veya ikincil olarak sınıflandırılabilir;

Birincil Tokofobi

Gebelik deneyimi olmayan bir kadında doğum korkusudur. Bu korku ergenlikte veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilir. Kadınlar genellikle doğum yapmaktan kaçınabilir, acı çekme ihtimalini düşünerek küretaj, sezaryen veya evlat edinme yoluna gidebilmektedir. Genellikle doğumla ilgili olumsuz hikâyeler, ağrıya dair endişeler ve kontrol kaybı korkusu ile ilişkilidir (Hofberg & Brockington, 2000; Bhatia & Jhanjee, 2012).

İkincil Tokofobi

Doğum yapmış kadınlarda travmatik doğumdan sonra (uzamış eylem, yoğun ağrı, kontrol kaybı, doğum sırasında ölüm korkusu vb.) ortaya çıkmış olabilir veya doğum öncesi depresyonun bir belirtisi olabilmektedir. Ancak, obstetrik olarak normal bir doğum, düşük, ölü doğum veya gebeliğin sonlandırılmasından sonra da ortaya çıkabilmektedir (Dencker vd., 2019; Eide vd., 2019; Olsen vd., 2022). Tokofobi, yalnızca yoğun kaygı ve stresle sınırlı kalmamakta; planlı sezaryen talebinde artışa, doğum sırasında yoğun analjezi kullanımına, gebelikler arası aralıkların altı yıldan fazla olacak şekilde açılmasına, acil sezaryen riskinin artmasına, doğumdan kaçınmaya hatta gebeliği sonlandırma isteğine kadar uzanan geniş bir etkiye sahiptir.

Bu nedenle tokofobi, gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi ve doğumun güvenle gerçekleşmesi açısından önem verilmesi gereken bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (Dencker vd., 2019; Hendrix vd., 2022; Dr. Barkha Devi vd., 2024).

2.2.1. Doğum Korkusu Nedenleri

Tokofobinin etyolojisi çok faktörlüdür. Bu faktörler incelendiğinde; epizyotomi korkusu, durumu kontrol edememe korkusu, doğum ağrısı korkusu, gelecekteki cinsel yaşama karşı korku, profesyonel olmayan sağlık personeli korkusu, sezaryen doğum korkusu, sağlık personelinin sert davranışına karşı korku, doğum sırasında kontrolü kaybetme korkusu, yaralanma korkusu, hastane korkusu, iğne korkusu, vakumla doğum yapma korkusu, kandan korkma, doğum sırasında ölme korkusu yer almaktadır (Demšar vd., 2018). 205 gebe ile yapılan bir çalışmada doğum korkusu ve elektif sezaryen tercihleri incelenmiş olup en büyük risk faktörleri; doğum sırasında yaşanan ağrı (89.3%), epizyotomi (83.9%) ve yırtılma (82.4%) olarak bulunmuştur (Nasser & El-Said Mansur, 2017).

Gebelik süreci sona yaklaştıkça kadının düşünceleri doğuma ve bebeğine daha fazla yoğunlaşmaktadır. Kadınların gebelik boyunca hissettiği stres seviyesi gebelik ve bebek sağlığını etkilemektedir. Gebeliğin ilk trimesterinde doğum öncesi kaygı seviyesi düşüken doğuma yaklaşırken üçüncü trimesterde doğum öncesi kaygı seviyesi anlamlı derecede yükselmektedir (Priyambada vd., 2017). Özellikle ilk gebeliği olan kadınlar doğum sırasında ve sonrasında meydana gelebilecek tüm komplikasyonlar nedeniyle endişeli olabilmektedir. Kadının ruh sağlığı ve doğum deneyimi, doğum korkusundan olumsuz etkilenebilmektedir. Doğum sonrası depresyon ve ruh sağlığı problemleri de bu durumla bağlantılı olarak oluşabilmektedir (Dr. Barkha Devi vd., 2024).

Gebe kadınlarda okuma yazma bilmemek, işsizlik, sosyal destek eksikliği, yüksek eğitim düzeyi, mobil uygulamaların kullanımı ve düşük öz yeterlilik düzeyinin doğum korkusu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Khwepeya vd., 2018; Qiu vd., 2020).

Yapılan araştırmalar, tokofobinin yalnızca bireysel bir kaygı olmadığını; aynı zamanda doğum öncesi ve doğum anında destek eksikliği, yalnızlık ve psikolojik dayanıksızlıkla da ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Sousa vd., 2025). Daha önce yaşanan travmatik doğum deneyimleri veya düşük gibi olumsuz gebelik sonuçları, ikincil tokofobi gelişimini kolaylaştırmaktadır (Dr. Barkha Devi vd., 2024).

Doğum korkusu kadınların hem gebelik sürecini hem de doğum sürecini olumsuz anlamda etkileyen ciddi bir psikolojik sağlık sorunudur. Doğum sürecine yönelik yüksek seviyede kaygı, endişe, annede artan kortizol düzeyleri, anne ve bebek için ciddi komplikasyonlara ve uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açabilecek diğer ruh sağlığı sorunlarının kötüleşmesi arasında bağlantı olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (Toohill vd., 2015). Ayrıca doğum korkusu; acil sezaryen, postpartum depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel sağlık ve anne bebek bağlanması ile ilgili problemlere de yol açabilmektedir. Yaşanan doğum korkusu, doğum deneyiminin olumsuz olmasına neden olabilmektedir. Olumsuz doğum deneyimi ise travmatik doğum algısına dönüşebilmekte, bir sonraki gebeliklerin ertelenmesine hatta gebeliğin hiç istenmemesine yol açabilmektedir (O'Connell vd., 2017; Gökçek, 2022; Olsen vd., 2022).

2.2.2. Tokofobinin Görülme Sıklığındaki, Kültürel Farklılıklar ve Türkiye Örneği

Doğum korkusunun yaygınlık oranları ülkelere ve ölçümlere göre değişiklik göstermekle birlikte %14-43 seviyeleri arasındadır. Ciddi (klinik) düzeyde tokofobinin ise %5-8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Ternström vd., 2015; O'Connell vd., 2017; Nilsson vd., 2018; Sanjari vd., 2021). Ancak bu oranlar, kültürel yapı, toplumsal normlar, ekonomik durum ve coğrafi bölgelere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Özellikle Orta Doğu ve Asya ülkelerinde (Türkiye, İnan, Endonezya, Pakistan ve Çin) doğum korkusu oranlarının küresel ortalamanın üzerinde olduğđ görülmektedir. (Kalok vd., 2025).

Küresel bir çalışmada doğum korkusu; İskandinavya'da yaygınlık %12 iken, Avrupa'nın geri kalanında %8 ve Avustralya'da %23'tür. Ayrıca, tokofobi prevalansına zaman dilimine göre baktığımızda, daha önceki yıllarda (1980'ler, 1990'lar) daha düşükken, daha yakın yıllarda (2000'den itibaren) artmıştır (O'Connell vd., 2017b).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınların %42.4'ünün doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Gökçe İsbir vd., 2024). Bölgesel olarak incelendiğinde ise özellikle doğu bölgesinde yüksek düzeyde doğum korkusu tespit edilmiştir. Doğu bölgesinde bazı kültürel faktörlerin doğum beklentilerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Deliktas & Kukulu, 2019). Başka bir çalışmada kadınların %27.3'ü düşük düzeyde, %46.5'i orta düzeyde, %13.8'i yüksek düzeyde, %12.4'ü klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Yıldırım & Alp Yılmaz, 2024). Bu oranlar, Türkiye'de doğum korkusunun önemli psikolojik bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Ülkemizde doğum korkusunun görülme sıklığının diğer ülkelere kıyasla yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun sebepleri arasında kültürel faktörler, gebelik ve doğum sürecinde erişilen sağlık hizmetlerinin kalitesi, kadın ve ailesinin sosyal refah düzeyi gibi ülkemize ait çeşitli faktörler gösterilmektedir (Körükçü vd., 2017).

Doğum korkusu; düşük eğitim seviyesi, işsizlik, ekonomik durum, ölü doğum, planlanmamış gebelik, doğum şekli konusunda kararsızlık, doğum öncesi eğitim almama, çevrenin olumsuz etkileri, yetersiz sosyal destek, sağlık merkezine ve sağlık profesyonellerine güvenmeme, sağlık personeli ile iletişim kuramama ve yeterli ilgi hissetmeme, olumsuz ve kararsız doğum algıları, olumsuz önceki doğum deneyimleri ve doğuma hazır hissetmeme gibi faktörler ile ilişkili bulunmuştur. En sık yaşanan korkular arasında; doğum sırasında ortaya çıkan beklenmedik durumlar, belirsizlik/kararsızlık, sağlık profesyonelleri, ağrı, annelere ve bebeklerine kötü bir şey olma olasılığı ve doğum sırasında yapılan müdahaleler yer almaktadır (Deliktas & Kukulu, 2019; Abebe vd., 2024; Gökçe İsbir vd., 2024) .

Doğuma hazırlık eğitimi ve psikososyal destek hizmetlerinin yetersiz olması da doğum korkusu düzeyini artırmaktadır. Gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin ve psikososyal desteğin doğum korkusu oranlarını düşürdüğü, bu sebeple

gebelere düzenli ve sürekli olarak eğitim ve destek verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Kızılırmak & Başer, 2016; Abebe vd., 2024).

Son olarak, Türkiye’de sezaryan oranlarının çok yüksek olması doğumun doğal bir süreçten çok ameliyat olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu durum, kadınların doğum üzerindeki kontrol hissini azaltarak doğum korkusunu artırmaktadır. Webb ve arkadaşları (2021), doğum korkusu olan kadınlara gerekli müdahale yapıldığında doğum korkusunun ve artmış sezaryen oranlarının azalabileceğini bildirmiştir.

Sonuç olarak Türkiye’de doğum korkusunun yüksek olması, yalnızca bireysel değil sosyolojik ve psikolojik yönden de açıklanabilir. Dolayısıyla, doğum korkusunu azaltmak için geliştirilecek stratejilerde kadın merkezli doğum modelleri, ebe liderliğinde doğum desteği, doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir olması, sosyal/psikolojik destek programları gibi bütüncül yaklaşımlar temel alınmalıdır. Gerekti stratejiler uygulandığında gebe kadınlarda doğum korkusunun anlamlı bir şekilde azalacağı ve sezaryen oranlarını azaltmada katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Gökçe İsbir vd., 2016; Karabulut vd., 2016; Haapio vd., 2017; EL-Malky vd., 2018; Ozdemir vd., 2018; Uçar & Golbasi, 2019).

2.2.3. Doğum Korkusu ve Ebelik Yaklaşımı

- Ebeler, kadınları doğum korkusunu azaltmaya yardımcı olacak non-farmakolojik yöntemlere (grup eğitimleri, bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim sanat terapisi vb.) yönlendirmelidir.
- Kadınlara ebe liderliğinde sürekli ve ulaşılabilir bakım sağlanmalıdır.
- Doğum kasılmaları ile nasıl başa çıkabilecekleri ile ilgili stratejiler kadınlara öğretilmelidir.
- Kadınlara alternatif doğum yöntemleri hakkında bilgi verilmeli ve kadınlar vajinal doğuma teşvik edilmelidir.
- Kadınlara gebelik sırasında doğuma hazırlık eğitimleri verilmeli, eğitimlerin sürekli ve ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

- Kadınların mahremiyeti korunmalı, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmalarını önlenmelidir.
- Ebeler her zaman kadınlara en yakın meslek grubudur. Bu sebeple her kadına yakın, güvenilir, samimi ve sevgi dolu yaklaşılmalıdır.
- Kadına yapılacak tüm işlemler ve doğum süreci ile ilgili bilgi verilmelidir. Kadın merkezli bir doğum süreci yönetilmeli, kadınların doğumu ile ilgili kararlara katılımı sağlanmalı, doğum süreci ve sonrasında sürekli ebe desteği sağlanmalıdır. Doğum sonu emzirme süreci hızla başlatılmalı, anne emzirmeye teşvik edilmelidir. Anne ve bebek bağlanmasına destek olunmalıdır (Serçekuş & Başkale, 2016; Masi vd., 2017; Kyrou, 2020; Aksoy Derya vd., 2021; Kuo vd., 2022; Tafe vd., 2023; Xu vd., 2025).

2.3. Travmatik Doğum Algısı

Travmatik doğum, gebelerin doğumuna ilişkin öznel değerlendirmelerinden, travmatik duruma sebep olan tanı ölçütlerinin kullanılmasına kadar farklı şekillerde tanımlandırılmış ve değerlendirilmiştir (Nagle vd., 2022). Travmatik doğum, doğumunun herhangi bir aşamasında, annenin kendisi ya da doğacak bebeği için yaşanabilecek komplikasyon veya kaybetme korkusunu içeren gerçek bir olay yaşaması ya da yaşanabileceğini varsayması durumudur (Beck, 2004; Aksu, 2022). Kadının doğumla doğrudan etkileşim ve deneyimi; bunaltıcı ve sıkıntılı ruh hallerine yol açan, aynı zamanda kadının sağlığını kısa veya uzun vadede olumsuz etkileyebilen durum olarak tanımlanmıştır (Leinweber vd., 2022).

2.3.1. Travmatik Doğum Algısının Nedenleri

Kadınların travmatik doğuma ilişkin algıları oldukça öznedir. Doğum, her kadın için eşsiz bir deneyimdir. Doğum sırasında meydana gelen aynı olay, her kadın tarafından farklı şekilde algılanabilmektedir (Taghizadeh vd., 2014; Shorey vd., 2023). Çalışmalar, sağlık profesyonelleri tarafından normal ve basit görünen, obstetrik açıdan herhangi bir sıkıntı olmayan bir doğumun; anne tarafından travmatik olarak algılanabileceğini göstermiştir (Holopainen vd., 2020; Leinweber vd., 2022). Dolayısıyla travmatik doğum, her kadında aynı klinik koşullar altında dahi farklı şekillerde hissedilebilir. Sonuç olarak travmatik doğum algısı doğum sürecinin nesnel yönlerinden ziyade kadınların öznel duygularını ön plana çıkarmaktadır (Sun vd., 2023).

Doğum travması hem fiziksel hem de psikolojik olabilmektedir (Beck, 2015). Kadınların alışık olmadıkları bir ortamda bilinmeyen bir doğum süreci ile karşı karşıya kalmaları, kendi veya bebeklerinin güvenliğini tehdit eden bir durumun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini bilememesi, kadınları korku ve endişeye sürüklemektedir (Taghizadeh vd., 2014; Hollander vd., 2017; Holopainen vd., 2020; Zhang vd., 2020; Shorey vd., 2023; Sun vd., 2023). Kadınlar doğum sırasında gerçek ve potansiyel risklerle karşı karşıya kalmakta, nasıl davranacaklarını bilememektedir. Bu durum onları, çaresiz ve umutsuz hissettirmektedir (Taghizadeh vd., 2014; Zhang vd., 2020). Aynı zamanda doğum sırasında fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ve mahremiyetlerinin ihlal edildiğini hissetmektedirler (Beck, 2015; Taghizadeh vd., 2014; Reed vd., 2017; Abdollahpour & Motaghi, 2019; Holopainen vd., 2020; Chabbert vd., 2021).

Xu ve ark. (2025) tarafından 25 çalışmayı kapsayan sistematik derleme ve meta-analizde, doğumda yoğun korku, kontrol kaybı hissi ve sağlık personelinin iletişim yetersizliğinin travmatik algının en güçlü psikolojik tetikleyicileri olduğu gösterilmiştir. Kadının doğum sırasında tehdit altında, çaresiz ya da görmezden gelinmiş hissetmesi, biyolojik bir olayın psikolojik bir travmaya dönüşmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır.

Doğum travması; bekar olma (Chabbert vd., 2021), gelir seviyesinin düşük olması (Bay & Sayiner, 2021), ilk gebelik (Türkmen vd., 2020; Chabbert vd., 2021), kentte yaşama (Türkmen vd., 2020; Çuvadar vd., 2025), doğum korkusu (Ghanbari-Homayi vd., 2019; Chabbert vd., 2021), cinsel travma geçmişi (Chabbert vd., 2021), önceki zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları (Priddis vd., 2018), doğum ağrısıyla başa çıkma yeteneğine inanmama (Türkmen vd., 2021), mevcut depresyon ve kaygı bulguları (Chabbert vd., 2021), doğurganlık veya gebelik sorunları varlığı (Priddis vd., 2018), aile geçmişinde zor doğum (Türkmen vd., 2020), planlanmamış gebelikler (Bay & Sayiner, 2021), yetersiz doğum öncesi bakım ve eğitim (Uotila vd., 2005; Bay & Sayiner, 2021; Chabbert vd., 2021), toplum baskısı (Zhang vd., 2020), gebelik sırasında egzersiz eksikliği (Ghanbari-Homayi vd., 2019) ile ilişkili bulunmuştur. Doğum desteğinin varlığı ve doğumun kontrolünün kadının kendi elinde olması ise koruyucu faktör olarak belirtilmektedir (Chabbert vd., 2021)

Doğum sırasında bedenine ve kararlarına saygı duyulmadığını hisseden kadınlar, bu deneyimi travmatik olarak değerlendirmektedir. Yine sağlık profesyonelleri tarafından kadınlar çoğunlukla görmezden gelindiklerini, desteklenmediklerini veya terk edildiklerini hissettiklerini belirtmişlerdir (Simpson & Catling, 2016).

Sezaryen öyküsünün planlı veya plansız olması doğumu travmatik olarak algılama durumunu değiştirmemekle birlikte, acil sezaryen öyküsü olan kadınların %30'u doğumu travmatik bir olay olarak bildirmiştir. (Simpson & Catling, 2016).

Ayers ve arkadaşlarının (2016) meta-analizinde, geçmişte travma öyküsü (örneğin cinsel istismar, fiziksel şiddet veya zor doğum deneyimi) olan kadınların travmatik doğum algısı geliştirme olasılığının 3 kat arttığı saptanmıştır (OR = 3.2, %95 CI = 2.1–4.5). Aynı çalışmada doğum öncesi kaygı düzeyi yüksek olan kadınların da doğum sonrası dönemde olayı travmatik olarak değerlendirme olasılığının belirgin biçimde arttığı rapor edilmiştir. Heyne ve ark. (2022) tarafından yapılan benzer çalışmada da, doğum öncesi yüksek kaygı düzeyi olan kadınlarda travmatik doğum yaşama olasılığının 2.7 kat arttığı bulunmuştur (Heyne vd., 2022).

Travmatik doğum algısı ile doğum korkusu arasında doğrudan bir ilişki vardır. Travmatik doğum deneyimi kadınlarda doğum sonrası ruh sağlığının bozulmasına ve sonraki gebeliklerde doğum korkusuna neden olabilmektedir. Aynı şekilde yoğun

koru ve kaygı düzeyine sahip kadınlar doğum deneyimini olumsuz değerlendirme olasılığını artırmakta; buna karşılık travmatik bir doğum deneyimi yaşayan kadınlarda da sonraki gebeliklerde tokofobi gelişme riski artmaktadır (Simpson & Catling, 2016; Märthesheimer vd., 2025; Wang vd., 2025). Bu durum, doğuma yönelik olumsuz bilişsel çerçevenin hem doğum öncesi hem sonrası süreçlerde kalıcı etkiler yarattığını göstermektedir.

Travmatik doğum algısı doğum ortamının niteliğinden ve sağlık profesyonellerinin tutumundan etkilenmektedir. Travmatik doğum algısının; doğum ortamı, kadının doğumda desteklenmemesi, zayıf iletişim ve açıklama, yetersiz klinik bilgi, anneleri hastane personeli için öğrenme kaynağı olarak kullanma, olumsuz tutumlar ve sözler, doğum yapan kadının düşüncelerinden ziyade iş gündemine öncelik verilmesi vb. sağlık hizmeti sunum biçimlerinden de etkilendiği belirtilmektedir (Taghizadeh vd., 2014; Hollander vd., 2017; Reed vd., 2017; Beck, 2018; Priddis vd., 2018; M. Taheri vd., 2018; Abdollahpour & Motaghi, 2019; Rodríguez-Almagro vd., 2019; Chabbert vd., 2021; Watson vd., 2021; Shorey vd., 2018). Kadın merkezli, destekleyici ve bilgilendirici doğum bakımı modellerinin travmatik algıyı azaltmada belirleyici olduğu, tıbbi müdahalenin yüksek olduğu, iletişimin zayıf ve mahremiyetin ihlal edildiği ortamlarda travma algısının güçlendiği belirtilmektedir. Ayrıca sezaryen veya obstetrik acil müdahaleler gibi kontrolün kadının elinden alındığı durumlar, travmatik algıyı daha sık tetiklemektedir (Carter vd., 2022; Chabbert vd., 2021).

McKelvin ve ark. (2021), doğumda empatik iletişim, mahremiyetin korunması ve doğumda sürekli desteğin travmatik doğum algısını anlamlı biçimde azalttığını göstermiştir. Tersine, iletişimin zayıf olduğu, sağlık personelinin otoriter tutum sergilediği ve kararların kadına danışılmadan alındığı ortamlarda travmatik algının belirgin biçimde arttığı bildirilmektedir.

Wei ve ark. (2025)'nin çalışmasında; 1-3 aralığında doğum sayısı, doğum süresinin 10 saatten kısa sürmesi, az vajinal muayene, gebelik sürecinde çalışmak, gebelikte egzersiz yapmak, emzirme isteği, doğuma hazırlık eğitimine katılmak, babaların da eğitime katılım konusunda istekli olması, doğumda analjezi kullanımı, doğumda komplikasyon olmaması, doğumda doğum desteğinin varlığı, travmatik doğum algısını azaltmada anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, eğitim ve doğum desteğinin doğum travması algısını azaltmadaki etkisini

desteklemekte; vajinal muayene sıklığının azaltılmasının ve kadınların gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimi almasının önemini vurgulamaktadır. Taheri ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan meta-analizde de, doğuma hazırlık eğitimi ve doğumda sürekli profesyonel destek alan kadınların doğum deneyimlerini daha olumlu algıladıklarını ve travmatik deneyim oranlarının anlamlı biçimde azaldığını göstermiştir.

Son olarak travmatik doğum algısı, yalnızca tıbbi bir olayın değil, kadının öznel deneyiminin, psikolojik hazırlığının ve bakım sürecinde gördüğü insani yaklaşımın bir sonucudur. Kadının doğumda bilgiye erişimi, karar alma süreçlerine katılımı ve profesyonellerle kurduğu güven ilişkisi, doğumda sürekli desteğin varlığı, doğuma hazır oluşluk, sürekli ebelik bakımı, doğumda özgürlük kavramı algısının olumlu ya da travmatik olmasını belirleyen temel etkenlerdir. Bu nedenle doğuma hazırlık programları ve psikososyal destek hizmetleri, travmatik doğum algısının önlenmesinde klinik uygulamalara entegre edilmelidir. Travmatik doğum algısının yüksek görülme sıklığı ve geniş kapsamlı etkileri göz önüne alındığında, önlenmesi, tanımlanması ve müdahalesi oldukça önem arz etmektedir.

2.3.2. Travmatik Doğum Algısı Prevelansı

Travmatik doğum algısının yaygınlığı ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte %4-%60 aralığında değişmektedir (Dikmen-Yıldız vd., 2017; Türkmen vd., 2021; G. Yıldırım & Bilgin, 2021; Bay & Sayiner, 2021; Abdollahpour & Khadivzadeh, 2022; Leinweber vd., 2022; Nagle vd., 2022; Taşkın vd., 2024). Ekonomik seviyesi düşük olan ülkelerde travmatik doğum algısı yaygınlığının %50'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Abdollahpour & Khadivzadeh, 2022; Ada, 2025). Doğu Avrupalı kadınlarda bu oran %18'dir. (Nagle vd., 2022).

Türkiye'de bir devlet hastanesinde yapılan çalışma sonucunda; travmatik doğum algısı yüksek ve çok yüksek olan kadınların oranının %45.9 olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı doğum yapma deneyimini travmatik olarak algılamıştır (Altuntuğ vd., 2023). Yine ülkemizde yapılan bir başka

çalışmada ise travmatik doğum yaygınlığı %33.8 olarak bulunmuştur (Bay & Sayiner, 2021). Türkiye'nin doğusunda yapılan çalışmada katılımcıların %41.2'sinin yüksek, %24.9'unun çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu saptanmıştır (Taşkın vd., 2024). Gebelerin %62.8'inin vajinal doğum yaptığı bir çalışmada, üçte birinden fazlasının doğum ve doğum süreçlerini orta düzeyde travmatik olarak algıladığı, üçte birlik bir kesim ise yüksek ve çok yüksek düzeyde travmatik algıya sahip olduğu belirlenmiştir (Yılmaz & Kılıç, 2024).

Gebelik, doğum sonu ve doğum sonu ilk bir yılı inceleyen bir çalışmada; travmatik doğum algısı yaygınlığı %0-40 aralığında olmakla birlikte ortalama yaygınlık %3.86 olarak bildirilmiştir. Doğum sonrası travmatik doğum genel ortamala yaygınlığı %5.44 ve doğuma bağlı travmatik doğum genel ortalama yaygınlık %5.8 olup %5.8-11.9 arasında değişiklik göstermektedir. Doğum sonu 4-6 haftada %4.48, üçüncü ayda %1.44, altıncı ayda ise %4-6 arasında travmatik doğum yaygınlığı bildirilmiştir. Travmatik doğum algısı doğum sonrası bile artmaya devam etmektedir (Dikmen-Yıldız vd., 2017). Leinweber ve ark.'nın (2022) yapmış olduğu çalışmada kadınların %9 ila %50'sinin doğum sırasında travmatik deneyimler yaşadığını göstermektedir.

Gebelerin %62.8'inin vajinal doğumdan korktuğu belirlenmiştir. Yüksek riskli gebelerde travmatik kaygı ile travmatik doğum algısı arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon, düşük riskli gebelerde ise travmatik kaygı ile travmatik doğum algısı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$) (G. Yıldırım & Bilgin, 2021).

2.3.3. Travmatik Doğum Algısının Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Sonuçları

Travmatik doğum algısı, yalnızca gebelik ve doğum anında yaşanan olumsuz bir deneyim olarak değil, doğum sonrası süreçte hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından uzun vadeli etkiler doğuran çok boyutlu bir olgudur. Kadınların doğumu kontrol kaybı, fiziksel tehdit, ihmal veya yetersiz destekle ilişkilendirmesi, bu süreci

travmatik bir olay olarak algılamalarına neden olmaktadır. Bu algı; doğum sonrası dönemde annenin psikolojik iyilik halini, yenidoğan bakımını ve sonraki doğum tercihlerine yönelik tutumlarını belirleyici bir faktör haline getirmektedir(Beck, 2015; Zhang vd., 2020; Shorey & Wong, 2022; Baldini vd., 2025; Märthesheimer vd., 2025).

Doğum sonrası süreçte travmatik doğum yaşayan annelerde; sürekli öfke hali, çevreden ve toplumdan kendini soyutlama, bebeklerinden uzaklaşma, emzirme sürecinin olumsuz etkilenmesi, tekrar bir gebelik istememe, eş ilişkilerinin bozulması (Delicate vd., 2022),anne-bebek bağlanmasının yetersiz olması (Frankham vd., 2023; Reshef vd., 2023) gibi durumlar gözlemlenebilmektedir (Beck, 2015)

Travmatik bir doğumdan sonra doğum yapma korkusu (ikincil tokofobi olarak da adlandırılır) bir başka doğrudan sonuçtur ve bazı kadınların bir daha çocuk sahibi olmamayı düşünmesine, cinsel yaşam kalitesinde düşüşe, doğumlar arasındaki süreyi geciktirmesine ve gelecekteki doğumlar için sezaryen talep etmesine neden olmaktadır (Shorey vd., 2018; Calpbini, 2024). Ünal ve ark. (2025) tarafından yapılan çalışmada, travmatik doğum algısı yüksek olan gebelerin %71.8'i vajinal doğum yapmak yerine sezaryen ile doğumu tercih etme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun en önemli nedenleri arasında kadınların doğumu; zor, riskli, kontrolsüz veya travmatik hissetmeleridir. Olumsuz deneyim yaşayan ve doğumunu travmatik olarak algılayan kadınların başka bir çalışmada; bir sonraki doğum tercihini sezaryen tercih etme (%41.7) veya kararsız kalma (%20) olasılıkları daha yüksekken, olumlu deneyim yaşayan kadınların gelecekte doğal doğum yöntemini tercih etme oranı %83.3 olarak bulunmuştur (Danish vd., 2025).

Psikolojik açıdan travmatik doğum, yalnızca anlık bir stres tepkisi değil, uzun vadede doğum sonrası depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres belirtilerine zemin hazırlayabilmektedir (Baldini vd., 2025). Bu nedenle doğum öncesi dönemde anksiyete ve korku düzeyinin değerlendirilmesi, olası travmatik algının önlenmesi açısından klinik önem taşımaktadır. Travmatik doğum, kadınlarda portpartum depresyon görülme riskini yaklaşık iki ila beş kat aralığında artırmaktadır. Bebekleri yenidoğan yoğun bakıma yatırılan annelerde depresyon görülme oranları sağlıklı bebeklerin annelerinden daha yüksektir. Maternal komplikasyonlar da önemli psikiyatrik morbidite ile ilişkili bulunmuştur (Bay & Sayiner, 2021; Baldini vd., 2025).

Travmatik doğum yapan annelerin bebeklerinde; daha zayıf fiziksel, bilişsel, sosyal, davranışsal ve duygusal gelişim, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, astım ve solunum problemleri, azalmış bağışıklık sistemi tepkileri ve nörogelişimsel sorunlar yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. (Frankham vd., 2023)

2.3.4. Travmatik Doğum Algısında Ebelik Yaklaşımı

- Ebeler travmatik doğum risk faktörlerinin farkında olmalı ve kadınlara karşı travmaya duyarlı bir yaklaşım sergilemelidir. Subklinik doğum sonrası travma sonrası stres bozukluğu semptomları olan kadınlar ayrıntılı olarak sorgulanmalı, erken tanılama için kadınlara destek olunmalıdır (Nagle vd., 2022).
- Doğum sırasında mahremiyetin sağlanması, kadınların kararlarının dikkate alınması ve ebeler tarafından sürekli destek sağlanması gerekmektedir (Aksu & Serçekuş, 2023).
- Kadınların doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında özerklik haklarına saygı göstermeli; kötü muamele ve doğum şiddeti önlenmeli, kadınların duyarlı bakım almaları sağlanmalıdır. Kadınlara; şefkat, saygı ve anlayışla yanıt verilmelidir (Ayers vd., 2024).
- Doğuma hazırlık eğitim programının içeriği belirlenirken toplumun kültürel özellikleri dikkate alınmalı ve her eğitim programı sonunda katılımcılardan geri bildirim alınarak program sürekli güncellenmelidir. Konuyla ilgili farklı kültürlerde deneysel çalışmalar yapılmalıdır (Serçekuş & Başkale, 2016).
- Kadınların doğumla ilgili korku ve psikolojik yüklerin yaygınlığı göz önüne alındığında, erken sağlık eğitimi ve sürekli profesyonel destek özellikle önemlidir (Bohren vd., 2017).
- Kadınlara ihtiyacı olan sürekli ebe desteği; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde eksiksiz sağlanmalıdır.

- Kadınlara yapılacak olan tüm girişimler açıklanmalı ve onamları alınmalıdır. Kontrol kadına bırakılmalı ve özgüvenleri artırılmalıdır. Aynı zamanda kadınlara doğum salonunda serbestlik tanınmalıdır (Tafe vd., 2023).
- Kadınlara güvenli, bir doğum ortamı sunulmalıdır (Kuipers vd., 2023).

2.4. Doğuma Hazırlık Eğitimi

Doğum olayı değerlendirildiğinde kadın hayatının en önemli evrelerinden biridir. Gebelik fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik stres ve rol değişikliklerine yol açmaktadır. (Khaled vd., 2020). Gebelik kadınlarda birçok kritik ve olumsuz sağlık komplikasyonlarını meydana getirebilmektedir. Bunlar arasında yüksek stres, depresyonla birlikte şiddetli ruh hali değişimleri, artan kaygı düzeyi, korku, anksiyete, genel psikolojik iyilik halinin azalması ve tüm faaliyetlere karşı olumsuz düşünme veya tutum yer alır (Kiruthiga, 2017).

Doğuma hazırlık eğitimlerine katılım sağlayan gebelerde doğum korkusunun azaldığı belirtilmektedir (Serçekuş & Başkale, 2016). Yine eğitime katılan gebelerde, kaygı düzeylerinin daha düşük ve bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu, gebeliğe ve doğum sonrası sürece daha hızlı uyum sağladıkları; ayrıca doğum ağrısı ve eylemi hakkında olumlu geri bildirim verebildikleri, eğitim almayan gebelere göre daha erken emzirme sürecine başladıkları görülmektedir. Doğuma hazırlık eğitimleri gebe kadınların bilgi düzeyini artırmakta ve gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece olumlu katkı sağlamaktadır (Pınar vd., 2018).

Araştırmalar anne adaylarının yüksek oranda gebelik süreci ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir (Şahin vd., 2019). Doğum öncesi eğitim sınıfları, ebeveynlere gebelikle ilgili bilgi vererek onları gebelik, doğum ve erken ebeveynlik için hazırlamayı ve stratejiler sunmayı amaçlamaktadır (Alizadeh-Dibazari vd., 2023; Masi vd., 2017). DSÖ'nün rutin doğum öncesi bakım kılavuzunda bakım kalitesini iyileştirmek ve hizmet kullanımını artırmak için doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde ebe liderliğinde bakımın sürekliliği önerilmektedir (Masi vd.,

2017). Doğum öncesi eğitim ve rutin doğum öncesi bakımın birlikte sağlanmasının yalnızca rutin bakıma kıyasla doğum korkusunu, doğum sonrası depresyonu ve doğum sırasındaki ağrı yoğunluğunu azaltabileceğini göstermektedir (Alizadeh-Dibazari vd., 2023).

Doğuma hazırlık eğitimlerine dahil olan gebelerin daha az doğum korkusu, depresyon, anksiyete, stres belirtileri gösterdiği ve doğum öz yeterliliklerinin arttığı gözlemlenmiştir. Yine eğitilmiş kadınların doğum sonrası doğum korkusu, depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin eğitim almayanlara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Doğum hazırlık eğitimlerinin hem gebelik döneminde hem de doğum sonrası dönemde kadınlar için önemli klinik faydaları vardır ve tüm gebe kadınlar bu eğitimi almalıdır (Çankaya & Şimşek, 2021).

Son yıllarda erkeklerin doğum ve çocuk bakımında rol almaları beklenmektedir. Doğuma hazırlık eğitimleri uzun zamandır gebe kadınlara ve son zamanlarda da baba adaylarına sunulmaktadır (Bergström vd., 2009). Bununla birlikte, doğum öncesi eğitim programlarının daha azı baba adaylarını hedef almakta ve bu sebeple babalar doğum ve çocuk bakımı bilgilerine ulaşmada kadınlardan daha fazla zorluk çekebilmektedir. Doğum hazırlık eğitimlerine katılım, erkeklerin doğum sonrası ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilir ve babaların anneleri ve ebeveynliklerini desteklemelerine yardımcı olabilir. Gebelik döneminde eş eğitimi, doğum sonrası ruh sağlığı sorunlarını önleyebilir ve baba adaylarının ebeveynliğe geçiş süreçlerini destekleyebilir. Doğuma hazırlık eğitimine katılan baba adaylarında; doğumdan 3 ay sonra daha düşük ebeveynlik stresi, doğumdan iki saat sonra daha düşük doğum sonrası durum kaygısı, doğum odasına katılma olasılıklarının daha yüksek olduğu, doğum deneyiminden memnun kalma olasılıkları daha yüksek olduğu, babaların doğum sonrası kaygısını azalttığı ve çiftlerin ilişki durumunu iyileştirdiği bildirilmiştir. Babaların doğum öncesi ve doğum sonrası ruh sağlığı, ailenin sağlığı üzerinde çeşitli etkilere sahiptir; bu nedenle, doğuma hazırlık programlarına baba adayları da dahil edilmelidir (Suto vd., 2017).

2.4.1. Doğuma Hazırlık Eğitimi Tarihçesi

1933 yılında İngiliz hekim Grantly Dick-Read, doğum kasılmalarını ve doğumun yönetimine yaklaşımını tanımlamak için "doğal doğum" terimini ortaya atan ilk kişidir. Gebelik, doğum kasılmaları ve doğum fizyolojisi konularında doğum öncesi eğitimin ağrıyı azaltmanın, hatta ortadan kaldırmanın en önemli unsuru olduğuna inanmıştır. Dick-Read, doğumun, ağrısız bir fizyolojik süreç olduğunu ileri sürmüştür. Travmatik doğum hikayelerinden korkan kadınların, kendi doğumlarının da ağrılı olmasını beklediğini ve bu nedenle doğum sancılarının başlangıcında vücutlarını kastediğini, "korku-gerilim-ağrı döngüsü" olarak adlandırdığı süreçle ağrıya yol açtığını savunmuştur. Gebelik, doğum sancısı ve doğumda neler beklenmesi konusunda eğitimle kadınların korkularının ve dolayısıyla ağrılarının giderilebileceğine ve "korku-gerilim-ağrı" döngüsünden çıkabileceklerine inanmıştır. Kadınların sakin ve rahat kalabilmelerini desteklemek için doğum sancuları ve doğum sırasında cesaretlendirmeyi ve sürekli refakat desteğinin olması gerektiğini savunmuştur. Dahası, anestezi ve ağrı kesicilerin kadınları keyifli ve katılımcı bir doğum deneyiminden mahrum bıraktığına inanmıştır (Michaels, 2018).

İkinci Dünya Savaşı sonrası, kadınların doğum sancılarını hafifletme isteği, kurumsal ve sosyal baskılarla birleşerek hastanelerde doğum bakımında; sakinleştirici, ağrı kesici ve anesteziğin fazlasıyla kullanımını rutin hale getirmiştir. Ağrı kesici ilaçlara erişim, doğum hastanelerinin güvenli ve modern tıbbi uygulamalarda en üst düzeyi sunma vaadini simgelemiştir. Ancak çok sayıda kadın, aldıkları tedaviden memnun olmadıklarını belirtmiştir. 1950'lere gelindiğinde, kişisel hayal kırıklıkları, yüksek teknoloji doğum hizmetlerinin yabancılaştırıcı ve güçsüzleştirici deneyimine dair bir şikayet konusuna dönüşmüştür. Tıbbileştirilmiş doğum bakımını reddeden veya asgari düzeyde kullanımını savunan birçok kadın alternatif bir doğum yolu aramıştır (Al-Gailani, 2017). Bu noktada doğal doğum kavramı kadınlar arasında anlam bulmaya başlamıştır.

Doğal doğum, İngiliz hekim Grantly Dick-Read (1890-1959) ve Fransız rakibi Fernand Lamaze (1891-1957) ile neredeyse eş anlamlıdır. Dick-Read ve Lamaze; birbiri ile rekabet içinde olan, farklı kökenlere sahip görüşlerdir. Farklı kökene sahip olsalarda doğumda farmakolojik ağrı kesicilerin rutin kullanımına karşı ortak bir görüş

benimsemiş ve yalnızca küçük farklılıklar gösteren ölçülü nefes alma tekniklerini ve hazırlık rutinlerini savunmuşlardır. Her ikisinin merkezinde kadınların doğum korkularını azaltmak ve anesteziye başvurmadan doğum sancılarını yönetmek için elzem gördüğü, uzun süreli doğum öncesi eğitim yoluyla doğuma psikolojik hazırlık vurgusu yer almaktadır. Her iki hekim de 1950'lerde ve sonrasında büyük bir takipçi kitlesi edinerek, doğumda ağrı kesici kullanımı ve doğumun yönetimi hakkındaki tartışmaları uluslararası arenaya taşımışlardır (Raphael, 2010; Michaels, 2014).

2.4.2. Türkiye’de Doğuma Hazırlık Eğitimleri

Ülkemizde doğuma hazırlık sınıfları 1980’li yıllarda açılmaya başlanmıştır. Oktay Kadayıfçı önderliğinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde gebeler ve eşlerine doğum öncesi eğitim verilmesi için adım atılmıştır. Ancak toplumun bu tür eğitimlere henüz hazır olmaması sebebiyle eğitim gerçekleştirilememiştir. Ardından 1991 yılında İstanbul’da ilk doğuma hazırlık merkezi olan “Hamile Eğitim Merkezi” adı altında kurulmuştur. Doğuma hazırlık sınıfları 2000’li yılların başı itibariyle tamamen yaygınlaşmaya başlamış ve özel gebe eğitim merkezleri başta İstanbul İli olmak üzere büyükşehirlerde artmaya devam etmiştir. Doğuma hazırlık sınıflarına ilgi artmaya devam ettikçe eğitici eğitimleri de yaygınlaşmaya başlamıştır. 2003 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı ve 2009 yılında Türk Ebeler Derneği tarafından da eğitici eğitimleri düzenlemeye başlanmış olup, bu iki kurum halen eğitimlere devam etmektedir (Serçekuş & Yenal, 2015).

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi ile gebelere sunulan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinde etkin hizmet sunumu ve tüm ülkede standardın sağlanması amaçlanmıştır. Gebe okulu, gebe bilgilendirme sınıfı ile doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerine yönelik 02.10.2018 tarihli ve 2018/23 sayılı Genelge yayınlanmıştır. Gebe Bilgilendirme Genelgesi ile birlikte doğuma hazırlık eğitimleri Türkiye’nin neredeyse her ilçesinde verilmeye devam etmektedir (Gebe Okulu, Gebe

Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri Genelgesi (2018/23), 2018; Demir Yıldırım & Oskay, 2019)

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı; tüm gebelere, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemle ilgili konularda bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamayı, prenatal bakımı geliştirmeyi, gebelik boyunca çiftleri yeni bir bebeğin sorumluluklarına ve rol değişimine hazırlamayı, stres ve anksiyete yönetimini sağlamayı, yenidoğan sağlığını geliştirmeyi, normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konularında bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlamıştır (Serçekuş & Yenal, 2015; Çınar Say & Çoban, 2022).

Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaşması doğum öncesi bakım için önemli bir gelişmedir. Ancak ülkemizdeki sınıflarda standart bir program bulunmamaktadır. Sınıfların içeriği, verilen bilgilerin doğruluğu ve eğitim süresi, eğitim veren kişilere bağlı olarak değişmektedir (Serçekuş & Yenal, 2015). Gebe eğitimlerine katılan gebelerin bilgi düzeylerinin verilen eğitimle anlamlı olarak yükseldiği, ilk gebeliği olan ve üniversite mezunu olan gebelerin eğitime daha çok katıldığı gözlemlenmiştir (Turgut vd., 2017).

Sonuç olarak ülkemizde hem kamu hem de özel hastaneler ve merkezlerde doğuma hazırlık sınıfları açılmaya devam etmektedir. Bu sınıflarda eğitim gören çiftlerin sayısı da giderek artmaktadır. Bu ülkemiz için önemli ve güzel bir gelişmedir. Eğitim seviyesinin, bilincin artması ve Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki desteğiyle önümüzdeki günlerde de sınıfların daha çok yaygınlaşacağı düşünülmektedir.

2.5. Doğum Tercihleri

Doğum tüm alanlarda değişimin yaşandığı, içgüdüsel olarak tüm memelilerde genetik ve beynin aracılık ettiği kadın ve ailesi için oldukça özel bir deneyimdir. Yapılan çalışmalarda kadınların doğum tercihini gebelikten önce (Stützer vd., 2017; Tuschy vd., 2018) veya ilk trimester sırasında (Stoll vd., 2015) yaptığı ve bu tercihin nispeten gebelik boyunca sabit kaldığı (Deng vd., 2014; Dweik vd., 2014) belirlenmiştir.

2.5.1. Vajinal Doğum

DSÖ vajinal doğumu ‘‘gebeliği 38-41 haftaları arasını kapsayan, doğumu kendiliğinden başlayan, verteks pozisyonunda ilerleyen, doğumun başlangıcından sonuna kadar düşük riski olarak devam eden ve doğum sonu anne ve yenidoğanın sağlık durumu iyi şekilde sonlanan’’ şeklinde özel bir süreç olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 1997). Dünyada kadınların çoğu vajinal doğumu tercih etmektedir (Coates vd., 2020).

2.5.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen, ‘‘vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda karın ve uterusun kesilerek fetüs, plasenta ve zarların çıkarılması’’ anlamına gelmektedir. Sezaryenin ortaya çıkışındaki asıl amacın, annesi ölen ya da ölmek üzere olan bir fetüsün hayatını kurtarma operasyonu olarak uygulandığı bilinmektedir (Demir & Taşpınar, 2023).

Sezaryen tıbbi olarak gereklilik duyulduğunda perinatal mortalite ve morbiditeyi önleyebilmektedir. Tıbbi gereklilik olmadığı halde sezaryen uygulandığında yarardan çok zarar verebileceği, perinatal ve maternal morbidite ve mortalite riskinin artabileceği belirtilmektedir. Günümüzde sezaryenle doğum oranlarında önemli bir artış yaşanmakla birlikte bu artışın önüne geçilmek için küresel olarak çaba gösterilmektedir (Demir & Taşpınar, 2023).

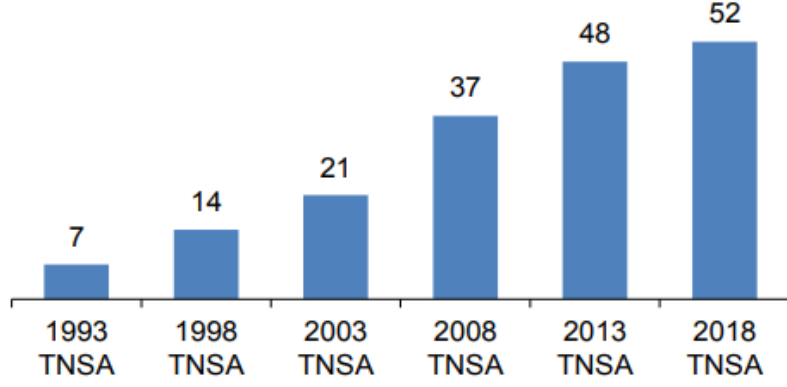
DSÖ tarafından düzenlenen bir panelde ‘‘Hiçbir bölgede sezaryen hızını %10-15 ten fazla olmasını haklı çıkaracak bir neden bulunmamaktadır’’ ifadesi yer almış, ideal sezaryen oranının %10-15 arasında olması gerektiği belirtilmiştir. Ancak sezaryen oranları hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda önerilen seviyenin üzerinde olup, artan bir eğilim göstermektedir (World Health Organization, 2015).

2.5.3. Dünyada Sezaryen Oranları

Dünya canlı doğumlarının %94.5'ini kapsayan en son mevcut veriler (2010-2018), dünya genelinde kadınların %21.1'inin sezaryenle doğum yaptığını, Sahra altı Afrika'da ortalama %5'ten, Latin Amerika ve Karayipler'de %42.8'e kadar değiştiğini göstermektedir. Sezaryen 1990'dan beri tüm dünyada artış eğilimindedir. En büyük artışın olduğu alt bölgeler Doğu Asya, Batı Asya ve Kuzey Afrika (sırasıyla %44.9, %34.7 ve %31.5 artış) olurken, Sahra altı Afrika ve Kuzey Amerika (sırasıyla %3.6 ve %9.5 artış) en düşük artışa sahip olmuştur. Sahra altı Afrika'da %7.1'den Doğu Asya'da %63.4'e kadar değiştiğini göstermektedir. Bu artış hızına göre uzmanlar; 2030 yılına kadar dünya genelindeki kadınların %28.5'inin sezaryenle doğum yapacağını (yıllık 38 milyon sezaryen, bunların 33.5 milyonu düşük ve orta gelirli ülkelerde) belirtmektedir (Betran vd., 2021). Meksika'da sezaryen doğum oranı %38.3 (McDonald vd., 2019), İzlanda da %15 (Haggard & Einarsdóttir, 2021), Bankladeş'te ise %54 bulunmuştur (Rahman vd., 2022).

2.5.4. Türkiye'de Sezaryen Oranları

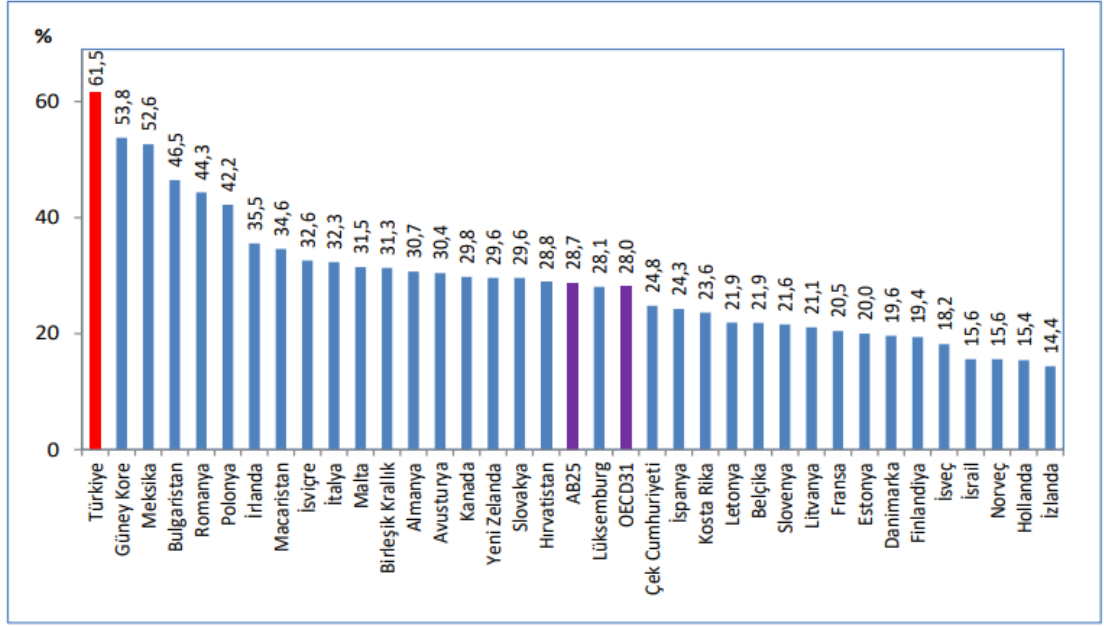
Ülkemizde sezaryen doğum hızındaki artış yıllar içinde diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi devam etmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA) 2018 verileri incelendiğinde 1993 yılında %7, 2003 yılında %21, 2013 yılında %48 ve 2018 yılında %52'ye ulaşmıştır (Şekil1).



Şekil 1: Araştırmadan önceki son beş yılda sezaryen ile gerçekleşen canlı doğumların yüzdesi.
(https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf)

Sezaryen kararı, doğumların %38'i için doğum kasılmaları başlamadan önce verilirken %14'ü doğum kasılmaları başladıktan sonra verilmiştir. Sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığı belirtilmiştir. Sezaryen doğumların %68'i özel sektöre bağlı sağlık kuruluşlarında yapılmıştır, yarısından çoğunun ameliyatı doğum kasılmaları başlamadan önce planlanmıştır (%51). Sezaryen oranları en yüksek eğitim düzeyine sahip anneler ile en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan anneler arasında yüksektir. Sezaryen doğumlar ülkemizde %38 ile en düşük Doğu Bölgesi, %64 ile en yüksek Kuzey Bölgesi arasında değişmektedir (TNSA, 2019)

Sağlık Bakanlığı (2023) verilerine göre ise Türkiye'nin sezaryen doğum oranı %61.5'a yükselmiş ve en yüksek sezaryen oranına sahip ülke haline gelmiştir. 2021 verilerine oranla diğer ülkelerin de sezaryen oranları 2023 yılında da artmaya devam etmiştir (Şekil 2).



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2024, EUROSTAT Veri Tabanı

Not: Türkiye verisi 2023 yılına aittir. Ülke verileri 2022 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 2: Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması (%), 2022. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve sezaryen doğum oranları giderek artmaya devam etmektedir. Araştırma gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ile tercihleri ve travmatik doğum algısına etkisinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Hipotezler:

H_{1a}: Gebelerde doğuma hazırlık eğitimi doğum korkusunu azaltır

H_{1b}: Gebelerde doğuma hazırlık eğitimi travmatik doğum algısını azaltır.

H_{1c}: Gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum tercihleri üzerine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma yarı deneysel tipte randomize olmayan ön test son test kontrol gruplu araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Balıkesir İli Karesi İlçesi'nde Karesi Belediyesi'ne bağlı Karesi AVM Toplantı Salonu'nda gerçekleştirilmiştir. Karesi AVM Toplantı Salonu Karesi Belediyesi'ne ait ek hizmet binasıdır. Karesi Belediyesi Sağlık İşleri M¼d¼rl¼ė¼ tarafından Karesi B¼lgesi'nde ikamet eden gebelere, d¼zenli aralıklarla anneliğe hazırlık eğitimleri d¼zenlenmektedir. 12. Gebelik haftasını doldurmuş olan t¼m gebeler bu eğitimdendir faydalanabilmektedir. Eğitim 2019 yılından bu yana d¼zenlenmeye devam etmektedir.

Araştırma Ağustos 2024- Ağustos 2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve ¼rneklemi

2023 yılında 100 gebeye, 2025-2025 yılları arasında ise toplamda 207 gebeye anneliğe hazırlık eğitimi verilmiştir. Araştırma ¼rneklemine b¼y¼kl¼ė¼ ve g¼ė değerinin hesaplanmasında G*Power version 3.1.9.7 programı kullanılmıştır. ¼rneklem genişliği hesaplanmasında Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu (W-DEQ-A) ¼leėi'nin kullanıldığı araştırma referans alınmıştır. Yapılan G Power analizine g¼re %5 hata payı, %95 g¼ven d¼zeyi ve hesaplanan etki b¼y¼kl¼ė¼ 0.80'in ¼zerinde (Sarı, 2024) bulunduğundan en y¼ksek etki b¼y¼kl¼ė¼ değeri olan 0.80 kabul edilmiştir. Kontrol ve eğitim verilen grupları 42 kişi olacak şekilde, toplam 84 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden %10 kayıp veri g¼z ¼n¼ne alınarak ¼rneklem b¼y¼kl¼ė¼ her iki grup için 46 olmak ¼zere en az 92 katılımcı olarak belirlenmiş, çalışmanın g¼c¼n¼ artırmak için kontrol grubu 63, eğitim verilen grup 63 olmak ¼zere 126 kişi ile sonlandırılmıştır.

Araştırmada ¼rneklem gruplara eğitim yerine mesafe, çalışma durumu gibi sebepler nedeniyle gebelerin isteği doğrultusunda atanmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Tek ve canlı gebeliği bulunmak,
- Son adet tarihine göre ya da son adet tarihini bilmeyen gebeler için USG verileri ile yapılan hesaplamalarda 20-34 haftalar arasında olmak,
- Primipar gebelik,
- Okuma- yazma bilmek,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Riskli gebeliği olmayan veya vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyonu bulunmayan,
- Akıl ve ruh sağlığı ile ilgili herhangi bir engelin bulunmaması,
- İletişim kurmakta güçlük çekmeyen.

3.6.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- 4 Haftalık eğitime katılım sağlamamak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Araştırma için hazırlanmış olan veri toplama araçlarını eksik doldurmak,

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (WDEQ-A),
- Travmatik Doğum Algısı Ölçeği,
- Doğum Tercihi.

3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Eğitim verme

Araştırmanın Alt bağımsız Değişkenleri

- Sosyodemografik özellikler,
- Obstetrik özellikler.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (WDEQ-A), Travmatik Doğum Algısı Ölçeği ile toplanmıştır.

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taranarak hazırlanan kişisel bilgi formu, sosyodemografik özellikleri belirlemek için 8 soru, obstetrik özellikleri belirlemek için 3 soru, doğum tercihini belirlemek için 1 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Pirdadeh Beiranvand vd., 2017; Mousavi vd., 2022) Doğum tercihi kişilere ‘‘Doğum tercihinizi nasıl yapmak istersiniz?’’ şeklinde soruldu. Şıklarda normal, sezaryen, kararsız seçenekleri sunuldu (EK-1).

3.8.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (WDEQ-A)

W-DEQ-A versiyonu, kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0’dan 5’e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 ‘‘tamamen’’, 5 ise ‘‘hiç’’ şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165’dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. Madde toplam puan 0-60 düşük doğum korkusu, 61-84 orta düzey doğum korkusu, 85 ve üzeri yüksek doğum korkusu olarak ifade edilmektedir. **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur (Korukcu vd., 2012) (EK-2). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri kontrol grubunda 0.922, eğitim verilen grupta ise 0.948 olarak bulunmuştur.

3.8.3. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği, 2016 yılında Yalnız ve arkadaşları tarafından kadınların travmatik doğum algılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Travmatik Doğum Algısı Ölçeği 11'li likert tipte ve tek boyutludur. Ters puanlanacak maddesi olmayan ölçekte her öncül 0-10 arasında puanlanmaktadır. Ölçek puanı minimum 0 ve maksimum 130'dur. Ölçek değerlendirmesinde 0-26 puan arası çok düşük, 27-52 puan arası düşük, 53-78 puan arası orta, 79-104 puan arası yüksek ve 105-130 puan arası çok yüksek travmatik doğum algısı düzeyi olarak sınıflandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değeri .89 olarak bulunmuştur(Yalnız vd., 2016) (EK-3). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's değeri kontrol grubunda 0.929, eğitim verilen grupta ise 0.932 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları.

Değişkenler	Ölçüm Zamanı	Cronbach's Alpha
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği	Öncesi (n=63)	0.922
	Sonrası (n=63)	0.948
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Öncesi (n=63)	0.929
	Sonrası (n=63)	0.932

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3.1'de verilmiştir. Ölçekler incelendiğinde, iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Güvenirlik değerlerinin 0.70'ten büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

3.9. Verilerin Toplaması

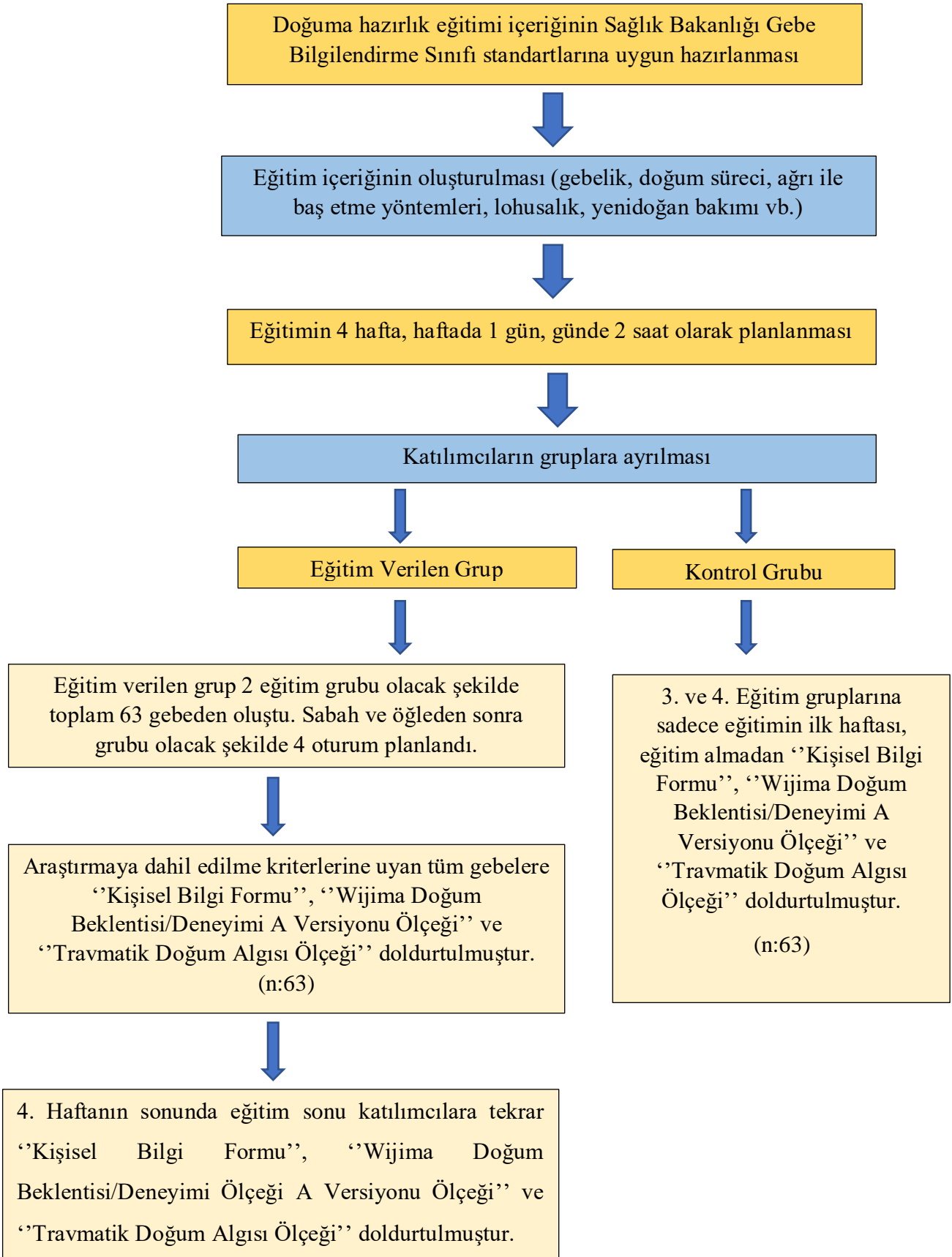
Araştırma verileri Karesi Belediyesi Anneliğe Hazırlık Eğitimi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri olan, araştırma kapsamına giren gönüllü kadınlardan yüz yüze görüşme

yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-4). Veri toplama formlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Uygulama öncesinde verilecek olan doğuma hazırlık eğitimi içeriği Sağlık Bakanlığı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimi standartlarına uygun olarak belirlendi (EK-8). Hazırlanan eğitim modelinde; gebeliğin oluşumu, gebelikte meydana gelen değişiklikler, gebelikte davranışlar, gebelikte tehlike belirtileri ve yapılması gerekenler, doğum süreci, doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri, doğumu kolaylaştırıcı yöntemler, lohusalık dönemi, yenidoğan bakımı ana konu başlıkları yer almıştır. Daha sonra eğitim içeriği sunum haline getirildi. Eğitim 4 hafta, haftada bir gün, 2 saat olacak şekilde planlandı. Karesi Belediyesi tarafından verilen anneliğe hazırlık eğitimi duyurusu Karesi Belediyesi sosyal medya hesabından yapıldı. Eğitime başvuru yapacak olan anne adayları Karesi Belediyesi Çağrı Merkezi İletişim Numarası olan 444 99 10'dan tarafıma ulaşarak eğitime kayıt yaptırdı. Eğitim verilen grup 2 eğitim grubu olacak şekilde toplam 63 gebeden oluştu. Sabah ve öğleden sonra grubu olacak şekilde 4 oturum planlandı. Katılımcılar sabah ve öğle gruplarına çalışma durumları ve evinin eğitim merkezine uzaklıkları dikkate alınarak atandı. Tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm gebelere araştırmacı önce kendini tanıtmış ve eğitim öncesinde gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra "Kişisel Bilgi Formu", "Wijima Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği" ve "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" doldurtulmuştur. Araştırmacı, gebelerin anketi doldurduğu sırada anlaşılmayan soruları cevaplamıştır. Daha sonra katılımcılara doğuma hazırlık eğitimi yapılmıştır. 4. Haftanın sonunda eğitim tamamlandıktan sonra katılımcılara tekrar gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra "Kişisel Bilgi Formu", "Wijima Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu Ölçeği" ve "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" doldurtulmuştur. Daha sonra planlanmış olan 3. ve 4. Eğitim gruplarına sadece eğitimin ilk haftası, eğitim almadan gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra

‘‘Kişisel Bilgi Formu’’, ‘‘Wijima Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği’’ ve ‘‘Travmatik Doğum Algısı Ölçeği’’ doldurulmuştur. Bu gruplar da kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grupları eğitim verilen gruplardan yaklaşık iki ay sonra oluşturulmuştur.



Şekil 3. Çalışmanın akış şeması.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve DataBeeg 1.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde (sayı, yüzde, minimum–maksimum değerleri, medyan, ortalama ve standart sapma) gibi tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alfa güvenilirlik analizi yapılmıştır. Grupların başlangıçta homojenliğini test etmek amacıyla sosyodemografik ve obstetrik değişkenler açısından Ki-kare analizi uygulanmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normallik dağılımı için çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmiştir (Shao, 2002). Bununla birlikte, normallik varsayımı istatistiksel olarak Shapiro–Wilk Normallik Testi ile değerlendirilmiştir ($n < 200$ olduğu için tercih edilmiştir).

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, iki bağımlı grup karşılaştırılmasında bağımlı t testi uygulanmıştır. İki bağımlı kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için McNemar Bowker Testi kullanılmıştır. Ayrıca demografik özelliklere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla iki grup karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi; ikiden fazla grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır.

Doğum korkusu, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği toplam puanı üzerinden sürekli değişken olarak değerlendirilmiştir. Eğitim verilen grup ile kontrol grubunun doğum korkusu puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız t-testi; grup içi eğitim öncesi ve sonrası puan değişiminde bağımlı t-testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının düzeylere ayrılması durumunda (düşük–orta–yüksek), dağılım farkı Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Travmatik doğum algısı ölçeği puanları sürekli değişken olarak değerlendirilmiş; gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız t-testi, grup içi karşılaştırmalarda bağımlı t-testi uygulanmıştır. Düzeysel sınıflandırmalarda Ki-kare testi kullanılmıştır. Doğum tercihi (normal doğum / sezaryen / kararsız) kategorik

değişken olduğundan gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven düzeyinde ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ölçeğin birbiriyle ilişkisini değerlendirmek amacıyla spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca potansiyel karıştırıcı faktörlerin etkisini ekarte etmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon (multiple linear regression) analizi kullanılmıştır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:21.08.2024 Sayı: E-52859568-050.04-415361) izin alındı (EK-5). Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Karesi Belediyesi'nden kurum izni (EK-6) alındı. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek gönüllü onam formu ile onamları alındı (EK-4) ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı belirtildi. Araştırmada kullanılan ölçekler için araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır (EK-7). Araştırma, Helsinki Bildirgesi esasları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri yalnızca Karesi Belediyesi Anneliğe Hazırlık Eğitimi'ne gönüllü olarak başvuru yapan gebelerden elde edildiğinden, yalnızca bu örneklem grubuna genellenebilir.

Çalışmanın verileri bölgesel niteliktedir, topluma genellenemez.

Gebelik haftası ve doğum öncesi bakım alma durumu çalışmada karıştırıcı değişken olduğundan farklı sonuçları etkilemiş olabilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1 de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre demografik özellikleri dağılımı.

Değişkenler	Eğitim Verilen Grup		Kontrol Grubu		X ²	p	
	n	%	n	%			
Eğitim durumu	İlköğretim	2	3.2	5	7.9	1.400	0.706
	Lise	21	33.3	19	30.2		
	Lisans	36	57.1	35	55.6		
	Lisansüstü	4	6.3	4	6.3		
Gelir durumu	Gelir giderden az	8	12.7	8	12.7	0.244	0.885
	Gelir gidere denk	46	73.0	44	69.8		
	Gelir giderden yüksek	9	14.3	11	17.5		
Aile tipi	Çekirdek	63	100.0	60	95.2	3.073	0.080
	Geniş	0	0.0	3	4.8		
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	17	27.0	20	31.7	0.344	0.557
	Hayır	46	73.0	43	68.3		
Eş eğitim durumu	İlköğretim	7	11.1	12	19.0	2.653	0.448
	Lise	29	46.0	22	34.9		
	Lisans	24	38.1	27	42.9		
	Lisansüstü	3	4.8	2	3.2		
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	50	79.4	43	68.3	2.012	0.156
	Hayır	13	20.6	20	31.7		
Doğum öncesi bakım alma durumu	Evet	13	20.6	26	41.3	6.276	0.012*
	Hayır	50	79.4	37	58.7		
Planlanan(istenilen) doğum şekli	Normal	39	61.9	41	65.1	0.204	0.903
	Sezaryen	10	15.9	10	15.9		
	Kararsız	14	22.2	12	19.0		
Toplam		63	100.0	63	100.0		

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; X²: Ki-kare test istatistik değeri; p: Anlamlılık düzeyi; * p<0.05: İstatistiksel olarak anlamlı farkı ifade eder.

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun % 63.4'ü lisans ve üzeri, kontrol grubunun % 61.9'u lisans ve üzeri mezundur. Kadınların gelir durumlarına göre dağılımı incelendiğinde her iki grupta da % 12.7'sinin gelir giderden azdır.

Kadınların aile tipine göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun % 100'ü, kontrol grubunun % 95.2'si çekirdek ailesiyle yaşamaktadır. Araştırmaya katılan tüm kadınların medeni hali evlidir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; eğitim verilen grubun eşlerinin % 42,9'u lisans ve üzeri, kontrol grubunun eşlerinin % 46.1'i lisans ve üzeri mezundur.

Kadınların gebeliğinin planlı olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun % 79.4'ünün, kontrol grubunun % 68.3'nün gebeliği planlıdır.

Katılımcıların grupları ile doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim verilen grubun %79.4'ünün, kontrol grubunun ise %58.7'sinin doğum öncesi bakım almadığı görülmektedir.

Kadınların planlanan(istenilen) doğum şekli tercihlerine göre dağılımı incelendiğinde; eğitim verilen gruptaki kadınların %61.9'u vajinal doğum, %15.9'u sezaryen doğum, %22.2'si ise kararsızdır. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise %65.1'i vajinal doğum, %15.9'u sezaryen doğum, %19'u ise kararsızdır.

Tablo 4.2. Eğitim verilen grup ile kontrol grubunun demografik özelliklere göre karşılaştırılması.

Değişkenler	Eğitim Verilen Grup				Kontrol Grubu				t	p
	Min	Maks	\bar{X}	SS	Min	Maks	\bar{X}	SS		
Yaş	22.00	40.00	27.75	3.72	19.00	38.00	26.76	4.18	1.394	0.166
İlk evlenme yaşı	18.00	37.00	24.68	3.46	17.00	36.00	24.03	3.44	1.058	0.292
Evlilik süresi	0.00	22.00	3.28	3.93	0.00	15.00	2.84	2.81	0.731	0.466
Gebelik haftası	18.00	35.00	24.54	5.42	18.00	39.00	27.76	5.16	3.415	0.001*

\bar{X} : Ortalama; SS: Standart Sapma; t: Bağımsız gruplar t-testi istatistik değeri; p: Anlamlılık düzeyi; * p<0.05: İstatistiksel olarak anlamlı farkı ifade eder.

Eğitim verilen grup ile kontrol grubunun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Gebelik haftası açısından yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Kontrol grubunun gebelik haftası ortalaması (27.76±5.16), eğitim verilen gruba göre (24.54±5.42) daha yüksektir. Araştırmaya dahil edilen gebelerin gebelik haftaları 18 ile 39 hafta arasında değişmekte olup, ortalama gebelik haftası 27 hafta civarındadır. Bu durum, çalışmanın ağırlıklı olarak ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebeler üzerinde yürütüldüğünü göstermektedir. Dolayısıyla tabloda sunulan gebelik haftası verileri, katılımcıların veri toplama sürecinde içinde buldukları klinik gebelik haftasını ifade etmektedir.

İlk evlenme yaşı açısından eğitim verilen grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Grupların minimum–maksimum değerleri ile ortalama evlilik yaşı birbirine çok yakın olup, katılımcıların aile yaşamına başlama süreleri açısından benzer özelliklere sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Evlilik süresi bakımından yapılan karşılaştırmada iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları.

Değişkenler	Ölçüm Zamanı	Çarpıklık	Basıklık	Shapiro–Wilk (p)	Durum
Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği	Öncesi (n=63)	0.022	-0.629	0.788	Normal
	Sonrası (n=63)	-0.034	-0.474	0.748	Normal
Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Öncesi (n=63)	0.107	-0.081	0.399	Normal
	Sonrası (n=63)	0.201	-0.598	0.255	Normal

Tablo 4.4. Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Grup	Min	Mak	Med	\bar{X}	SS	t	p
Eğitim Verilen Grup	8.00	105.00	56.00	54.48	22.24	-0.599	0.550
Kontrol Grubu	12.00	95.00	59.00	56.86	22.38		

Min: Minimum değer, Mak: Maksimum değer, Med: Medyan, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, t: t: Bağımsız gruplar istatistik değeri, p: Anlamlılık düzeyi *(p<0.05 anlamlıdır).

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği (WDEQ-A) puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Katılımcıların gruplarına göre eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.5. Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği durumlarının karşılaştırılması.

	Eğitim Verilen Grup		Kontrol Grubu		X ²	p
	n	%	n	%		
Düşük Doğum Korkusu	38	60.3	33	52.4	0.857	0.651
Orta Düzey Doğum Korkusu	19	30.2	22	34.9		
Yüksek Doğum Korkusu	6	9.5	8	12.7		
Toplam	63	100.0	63	100.0		

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; X²: Ki-kare test istatistik değeri; p: Anlamlılık düzeyi; * p<0.05: İstatistiksel olarak anlamlı farkı ifade eder.

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi wijma doğum beklentisi/deneyimi durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Bunun sonucunda, katılımcıların grupları ile eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.6. Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Grup	Min	Mak	Med	\bar{X}	SS	t	p
Eğitim Verilen Grup	3.00	123.00	53.00	53.84	26.23	-0.175	0.862
Kontrol Grubu	0.00	126.00	54.00	54.68	27.78		

Min: Minimum değer, Mak: Maksimum değer, Med: Medyan, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t-testi istatistiği, p: Anlamlılık düzeyi (p<0.05 anlamlı kabul edilir).

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. Katılımcıların gruplarına göre eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.7. Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği durumlarının karşılaştırılması.

	Eğitim Verilen Grup		Kontrol Grubu		X ²	p
	n	%	n	%		
Çok Düşük	10	15.9	10	15.9	0.362	0.985
Düşük	19	30.2	21	33.3		
Orta	23	36.5	20	31.7		
Yüksek	9	14.3	10	15.9		
Çok Yüksek	2	3.2	2	3.2		
Toplam	63	100.0	63	100.0		

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde; X²: Ki-kare test istatistik değeri; p: Anlamlılık düzeyi; * p<0.05: İstatistiksel olarak anlamlı farkı ifade eder.

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Bunun sonucunda, katılımcıların grupları ile eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05).

Tablo 4.8. Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi doğum tercihlerinin karşılaştırılması

	Eğitim Verilen Grup		Kontrol Grubu		X ²	p
	n	%	n	%		
Vajinal Doğum	39	61.9	41	65.1	0.204	0.903
Sezaryen	10	15.9	10	15.9		
Kararsız	14	22.2	12	19.9		
Toplam	63	100.0	63	100.0		

Katılımcıların eğitim öncesi doğum tercihlerinin gruplar arası dağılımı Tablo 4.8’de sunulmuştur. Gruplar arasında eğitim öncesinde doğum tercihi dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Bu bulgu, eğitim öncesinde doğum tercihlerinin iki grup arasında benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Eğitim verilen grup katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Grup	Min	Mak	Med	\bar{X}	SS	t	p
Öncesi	8.00	105.00	56.00	54.48	22.24	3.334	0.001*
Sonrası	0.00	92.00	45.00	46.10	21.54		

Min: Minimum değer, Mak: Maksimum değer, Med: Medyan, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t-testi istatistiği, p: Anlamlılık düzeyi (p<0.05 anlamlı kabul edilir).

Eğitim verilen grubun katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir. Eğitim verilen grup katılımcılarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05). Katılımcıların eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Zaman içinde oluşan değişime yönelik etki büyüklüğü ise orta düzeydedir (Cohen d=0.419).

Tablo 4.10. Eğitim verilen grup katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi durumlarının karşılaştırılması.

	Sonrası						MN-Bowker	p	
	Düşük Doğum Korkusu		Orta Düzey Doğum Korkusu		Yüksek Doğum Korkusu				
	n	%	n	%	n	%			
Öncesi	Düşük Doğum Korkusu	34	73.9	4	28.6	0	0.0	5.667	0.129
	Orta Düzey Doğum Korkusu	8	17.4	9	64.3	2	66.7		
	Yüksek Doğum Korkusu	4	8.7	1	7.1	1	33.3		
Toplam	46	100.0	14	100.0	3	100.0			

MN-Bowker: Kategorik değişkenlerin iki zamana göre (öncesi–sonrası) dağılımlarının simetrisini test eden Bowker’in Marginal Homogeneity Testi istatistiğidir. p: Anlamlılık düzeyi (p<0.05 anlamlı kabul edilir).

Eğitim verilen grubun katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası wijma doğum beklentisi/deneyimi durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. Bunun sonucunda eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Eğitim verilen grup katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.

Grup	Min	Mak	Med	\bar{X}	SS	t	p
Öncesi	3.00	123.00	53.00	53.84	26.23	3.750	0.000*
Sonrası	0.00	104.00	46.00	44.94	25.35		

Min: Minimum değer, Mak: Maksimum değer, Med: Medyan, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, t: Bağımsız örneklem t-testi istatistiği, p: Anlamlılık düzeyi ($p<0.05$ anlamlı kabul edilir).

Eğitim verilen grubun katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası travmatik doğum algısı ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de verilmiştir. Katılımcıların eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim verilen grup katılımcılarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0.05$). Zaman içinde oluşan değişime yönelik etki büyüklüğu ise orta düzeydedir (Cohen $d=0.473$).

Tablo 4.12. Eğitim grubu puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması.

Değişken	Grup	Öncesi		Sonra	
		Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ort ±SS	Travmatik Doğum Algısı Ort ±SS	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ort ±SS	Travmatik Doğum Algısı Ort ±SS
Eğitim durumu	İlköğretim	62.50±9.19	29.50±20.51	44.50±7.78	39.00±15.56
	Lise	49.19±21.26	52.71±27.57	47.29±20.33	50.29±26.60
	Lisans	58.64±22.24	57.58±25.59	48.67±21.58	45.00±24.73
	Lisansüstü	40.75±26.58	38.25±21.95	17.50±14.06	19.25±15.65
F değeri		1.441	1.322	2.764	1.782
p değeri		0.240	0.276	0.050	0.160
Gelir düzeyi	Gelir	47.63±14.06	42.63±24.34	40.63±10.35	43.63±19.46
	Gelir gidere	57.67±22.68	59.76±25.20	49.83±22.62	49.57±25.91
	Gelir	44.22±23.30	33.56±21.30	31.89±16.90	22.44±13.33
F değeri		1.863	5.218	3.104	4.858
p değeri		0.164	0.008*	0.052	0.011*
Post-hoc			2>3		2>3
Çalışma durumu	Evet	53.35±20.70	46.82±25.75	38.35±24.74	40.00±25.59
	Hayır	54.89±22.98	56.43±26.21	48.96±19.76	46.76±25.30
t değeri		-0.242	-1.298	-1.764	-0.939
p değeri		0.810	0.199	0.083	0.352
Eş eğitimi durumu	İlköğretim	59.57±20.94	59.43±34.47	52.86±18.69	52.43±26.30
	Lise	54.90±19.01	55.69±24.64	48.03±18.49	49.41±23.52
	Lisans	54.67±26.48	50.54±25.60	45.21±24.15	39.92±27.32
	Lisansüstü	37.00±18.36	49.33±37.55	18.67±22.05	24.33±9.61
F değeri		0.735	0.299	2.042	1.517
p değeri		0.535	0.826	0.118	0.220
Gebelik planlı mı	Evet	52.36±22.71	52.80±28.57	44.80±22.65	43.16±25.59
	Hayır	62.62±18.94	57.85±14.20	51.08±16.33	51.77±24.15
t değeri		-1.496	-0.894	-0.935	-1.093
p değeri		0.140	0.376	0.353	0.279
Doğum öncesi bakım	Evet	52.69±24.30	51.85±25.88	42.31±26.85	42.92±24.82
	Hayır	54.94±21.91	54.36±26.56	47.08±20.14	45.46±25.71
t değeri		-0.322	-0.306	-0.709	-0.319
p değeri		0.748	0.761	0.481	0.751
Planlanan doğum şekli	Normal (1)	50.28±20.72	43.87±25.82	42.15±18.21	38.10±21.99
	Sezaryen (2)	57.00±29.64	61.70±9.89	43.70±26.48	45.60±27.71
	Kararsız (3)	64.36±18.21	76.00±19.78	58.79±23.07	63.50±24.66
F değeri		2.225	10.896	3.388	6.011
p değeri		0.117	0.000*	0.040*	0.004*
Post-hoc			2.3>1	3>1	3>1

F değeri= Tek yönlü varyans analizi; t=Bağımsız örneklem t testi; Post-hoc olarak Bonferroni kullanıldı.

*p<0.05

Eğitim grubunda, katılımcıların eğitim durumu, çalışma durumu, eş eğitim durumu, gebeliğin planlı olma durumu ve doğum öncesi bakım alma durumu

değişkenlerine göre, hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası ölçümlerinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Gelir düzeyi değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda, eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F = 5.218$; $p=0.008$). Bonferroni farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizi sonucunda, geliri gidere denk olan gebelerin, geliri giderden yüksek olanlara kıyasla travmatik doğum algısının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında da Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından gelir düzeyine göre anlamlı bir farkın sürdüğü görülmüş ($F=4.858$; $p=0.011$) ve farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizde yine geliri gidere denk olan grubun, geliri giderden yüksek olan gruptan daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır. Buna karşın, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları açısından gelir düzeyine göre fark istatistiksel anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Planlanan(istenilen) doğum şekli değişkenine göre yapılan analizlerde, eğitim öncesinde Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=10.896$; $p<0.00$). Bonferroni farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post-hoc sonuçları, sezaryen ve kararsız gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek travmatik doğum algısına sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim öncesinde ayrıca Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları açısından da anlamlı bir fark saptanmış ($F=3.388$; $p=0.040$) ve farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizde kararsız gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelerden daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.

Eğitim sonrası planlanan(istenilen) doğum şekline göre hem Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ($F = 3.388$; $p = 0.040$) hem de Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarında ($F=6.011$; $p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post-hoc analizler, her iki ölçekte de kararsız gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğunu tespit edilmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim grubunda ölçek puanları üzerinde en belirgin farklılaşmaların gelir düzeyi ve planlanan(istenilen) doğum şekli

değişkenlerinde yoğunlaştığı, bu farklılıkların özellikle Travmatik Doğum Algısı Ölçeği için daha belirgin olduğu görülmektedir. Diğer demografik ve obstetrik değişkenler açısından ise eğitim öncesi ve sonrası ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Kontrol grubu puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması.

Değişken	Grup	Wijma Doğum	Travmatik Doğum
		Beklentisi/Deneyimi	Algısı Ölçeği
		Ölçeği	
		Ort±SS	Ort±SS
Eğitim durumu	İlköğretim	49.20±20.39	42.00±21.34
	Lise	59.26±24.21	49.47±30.16
	Lisans	57.49±21.49	60.03±27.04
	Lisansüstü	49.50±28.87	48.50±27.74
F değeri		0.409	1.072
p değeri		0.747	0.368
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	63.88±21.82	64.25±31.20
	Gelir gidere denk	57.05±22.41	53.95±27.72
	Gelir giderden yüksek	51.00±23.16	50.64±26.53
F değeri		0.766	0.599
p değeri		0.470	0.553
Aile tipi	Çekirdek	57.38±21.71	56.27±27.26
	Geniş	46.33±38.03	23.00±20.22
t değeri		0.832	2.078
p değeri		0.408	0.042*
Çalışma durumu	Evet	51.75±22.08	45.60±24.26
	Hayır	59.23±22.38	58.91±28.55
t değeri		-1.241	-1.802
p değeri		0.220	0.077
Eş eğitimi durumu	İlköğretim	56.67±20.61	52.08±22.20
	Lise	59.68±22.59	55.45±27.30
	Lisans	56.74±23.10	55.78±31.24
	Lisansüstü	28.50±2.12	47.00±33.94
F değeri		1.199	0.101
p değeri		0.318	0.959
Gebelik planlı mı	Evet	55.60±22.51	52.21±25.40
	Hayır	59.55±22.45	60.00±32.38
t değeri		-0.648	-1.037
p değeri		0.519	0.304
Doğum öncesi	Evet	57.08±23.65	54.15±28.38
	Hayır	56.70±21.77	55.05±27.73
t değeri		-0.065	-0.126
p değeri		0.949	0.900
Planlanan doğum şekli	Normal	55.29±24.02	50.34±27.45
	Sezaryen	59.60±19.56	54.60±21.97
	Kararsız	59.92±19.65	69.58±30.04
F değeri		0.281	2.322
p değeri		0.756	0.107

F değeri= Tek yönlü varyans analizi; t=Bağımsız örneklem t testi; *p<0.05

Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ve Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının katılımcıların eğitim durumu, gelir düzeyi, eş eğitim durumu, çalışma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum öncesi bakım alma durumu ve planlanan(istenilen) doğum şekline göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Aile tipi değişkenine göre yapılan karşılaştırmada, Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamış ($t=0.832$; $p=0.408$), buna karşın Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=2.078$; $p=0.042$). Bu farkın yönü incelendiğinde, çekirdek aile yapısına sahip gebelerde travmatik doğum algısının, geniş aile yapısına sahip olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.14. Eğitimin doğum tercihlerine etkisi.

Öncesi/Sonrası Planlanan Doğum Şekli	Eğitim Sonrası			MN- Bowker	p
	Vajinal	Sezaryen	Kararsız		
Eğitim Öncesi	n(%)	n(%)	n(%)		
Vajinal	37 (80.4)	2 (20.0)	0 (0.0)	7.000	0.030*
Sezaryen	2 (4.3)	8 (80.0)	0 (0.0)		
Kararsız	7 (15.2)	0 (0.0)	7 (100.0)		
Toplam	46 (100.0)	10 (100.0)	7 (100.0)		

MN-Bowker: Kategorik değişkenlerin iki zamana göre (öncesi-sonrası) dağılımlarının simetrisini test eden Bowker'ın Marginal Homogeneity Testi istatistiğidir. p: Anlamlılık düzeyi ($p<0.05$ anlamlı kabul edilir).

Eğitim verilen gebelerde planlanan doğum şeklinin eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 = 7.000$; $p=0.030$). Eğitim öncesi vajinal doğum planlayanların (%80.4) bu tercihinde bir değişim olmadığı, sezaryen planlayanların ise önemli bir kısmının (%80.0) sezaryen kararında kaldığı görülmektedir. Ancak eğitim öncesi kararsız olan gebelerin %15.2'sinin eğitim sonrasında belirli bir doğum şekline yöneldiği ve bu grubun ağırlıklı olarak vajinal doğum tercihi gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.15. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği – Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasındaki ilişki.

Ölçüm zamanı	Grup	Değişkenler	r	p
Önce	Eğitim verilen	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği – Travmatik Doğum Algısı	0.630**	0.000
	Kontrol	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği – Travmatik Doğum Algısı	0.691**	0.000
Sonra	Eğitim verilen	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği – Travmatik Doğum Algısı	0.624**	0.000

** p<0.01, r = Pearson korelasyon katsayısı

Eğitim verilen grupta eğitim öncesinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.630$; $p<0.01$). Eğitim verilen grupta eğitim sonrasında da aralarında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.624$; $p<0.01$). Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.691$; $p<0.01$).

Tablo 4.16. Eğitim ve kontrol gruplarında demografik değişkenler ile ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

Grup	Değişken	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
		Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği	Travmatik Doğum Algısı Ölçeği
		r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
Eğitim Grubu	Yaş	0.056 (0.664)	0.027 (0.832)	-0.161 (0.206)	-0.232 (0.067)
	İlk evlenme yaşı	-0.136 (0.289)	0.122 (0.343)	-0.110 (0.390)	-0.135 (0.290)
	Gebelik haftası	-0.139 (0.278)	-0.009 (0.947)	-0.172 (0.177)	0.025 (0.844)
	Evlilik süresi	0.070(0.584)	-0.026 (0.837)	-0.135 (0.290)	-0.105 (0.412)
	Kontrol Grubu	Yaş	0.172 (0.178)	0.128 (0.317)	—
	İlk evlenme yaşı	0.139 (0.277)	0.166 (0.194)	—	—
	Gebelik haftası	-0.016 (0.899)	-0.203 (0.110)	—	—
	Evlilik süresi	0,056 (0,665)	-0.036 (0.777)		

r = Pearson korelasyon katsayısı.

Eğitim ve kontrol gruplarında yaş, ilk evlenme yaşı ve gebelik haftası ile doğum beklentisi ve travmatik doğum algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Travmatik Doğum Algısının Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimine Regresyon Analizi Sonuçları (ön test)

	B	Std. Hata	Beta (β)	t	p
Eğitim verilen grup					
Sabit	25.725	5.040		5.104	0.000
Travmatik Doğum Algısı	0.534	0.084	0.630	6.336	0.000
R = 0.630; R² = 0.397; Adj R² = 0.387; F= 40.143; p= < 0.001; DW=1.527					
Kontrol grubu					
Sabit	26.394	4.564		5.783	0.000
Travmatik Doğum Algısı	0.557	0.075	0.691	7.474	0.000
R = 0.691; R² = 0.478; Adj R² = 0.469 F= 55.859; p= < 0.001; DW=2.012					

Eğitim verilen grupta travmatik doğum algısının eğitim öncesi doğum korkusunu yordama gücünü belirlemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (R=0.630; R²=0.397; F=40.143; p<0.001). Eğitim öncesi travmatik doğum algısının eğitim öncesi doğum korkusunu pozitif ve anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir (β =0.630; t=6.336; p<0.001). Model, eğitim öncesi doğum beklentisindeki toplam varyansın %39.7'sini açıklamaktadır. Durbin–Watson katsayısının 1.527 olması, artıklar arasında ciddi bir otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Kontrol grubunda yapılan regresyon analizinde de modelin anlamlı olduğu görülmüştür (R=0.691; R²=0.478; F=55.859; p<0.001). Travmatik doğum algısının doğum korkusunu pozitif ve anlamlı biçimde yordadığı saptanmış (β =0.691; t=7.474; p<0.001) ve modelin doğum korkusundaki varyansın %47.8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Durbin–Watson katsayısının 2.012 olması, hata terimleri arasında otokorelasyon bulunmadığını göstermektedir.

Tablo 4.18. Travmatik Doğum Algısının Eğitim Sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (Son test)

	B	Std. Hata	Beta (β)	t	p
Eğitim verilen grup					
Sabit	22.268	4.377	–	5.088	0.000
Travmatik Doğum Algısı	0.530	0.085	0.624	6.239	0.000
R= 0.624; R ² = 0.390; Adj R ² = 0.380; F= 38.922; p = < 0.001 ; DW=0.808					

Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, eğitim sonrası travmatik doğum algısının, eğitim sonrası doğum korkusunu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir (R=0.624; R²=0.390; F(1.61) =38.922; p<0.001). Travmatik doğum algısı puanındaki artışın, doğum korkusu puanında pozitif yönde ve anlamlı bir artışla ilişkili olduğu saptanmıştır (β =0.624; t=6.239; p<0.001). Model, doğum korkusundaki toplam varyansın %39.0'unu açıklamaktadır. Durbin–Watson katsayısının 0.808 olması, hata terimleri arasında pozitif otokorelasyon olabileceğine işaret etmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ile tercihleri ve travmatik doğum algısına etkisi incelenmiştir.

Çalışmada eğitim verilen gruptaki gebelerin yaş ortalaması; 27.75 ± 3.72 , kontrol grubundaki gebelerin ise 26.76 ± 4.18 'dir. Her iki grubun yaş dağılımını birbirine oldukça benzer olup, bu sonuç grupların başlangıçta yaş açısından homojen olduğunu göstermektedir. Bu durum, yapılan müdahalenin etkisinin yaş farklılığından etkilenmeden değerlendirilmesi açısından olumlu bir bulgudur.

Gebelerin evlilik süresine göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun evlilik yılı ortalaması 3.28 ± 3.93 , kontrol grubunun 2.84 ± 3.44 'tür. Gruplarda evlilik sürelerinin paralellik göstermesi, grupların deneyim düzeylerinin benzer olduğunu göstermekte ve çalışmanın i geçerliliğini desteklemektedir. Bu bulgu, grupların aile yaşamındaki tecrübeler açısından dengeli olduğunu göstermesi bakımından olumlu bir sonuçtur.

Çalışma sonucunda kadınların gebelik haftası; eğitim verilen grupta 24.54 ± 5.42 , kontrol grubunda 27.76 ± 5.6 'dır. Bunun sonucunda, katılımcıların gruplarına göre gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0.05$), kontrol grubunun gebelik haftasının, eğitim verilen gruba göre daha fazla olduğu görülmüştür. İki gruptaki gebelik dönemlerinin çalışmaya katılımı engelleyecek nitelikte olmadığı değerlendirilebilir.

Calpbınici ve Özçirpan'nın (2023) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada ise eğitim verilen grup ve kontrol grubu arasında gebelik haftası açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ayraler ve ark. (2023) tarafından anne dostu eğitim ve araştırma hastanesindeki gebelik okulu eğitim programının stres ve kaygıya etkisi ile ilgili çalışma yapılmış ve çalışma sonucunda eğitim grubu ve kontrol grubu gebelik haftası ($p=1,000$) açısından benzer bulunmuştur.

Aksoy Derya ve ark. (2021)'nin yapmış olduğu gebe kadınlara sunulan tele-eğitimin doğum öncesi sıkıntı ve gebelikle ilgili kaygı üzerindeki etkileri adlı çalışmada; eğitim verilen grup ve kontrol gruplarında gebelik haftası açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Literatür incelendiğinde çalışmamızdan farklı yönde sonuçları olan çalışmalarda bulunmaktadır. Bu durum literatürün tek bir yönde ilerlemediğini göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarının farklı çıkması örneklem, yöntem veya randomizasyon farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda eğitim verilen grup ve kontrol grubu gebelik haftası açısından benzer bir dağılım göstermemiştir. Gebelik haftasının daha yüksek olması fetal hareketlerin daha çok hissedildiği bir süreçtir. Gebe artık doğuma çok daha yakındır. Korku ve kaygı seviyeleri gebelik haftası düşük olan gebelere kıyasla daha farklı seyredebilir. Ayrıca eğitime ve bilgiye daha hazır olabilir veya daha fazla ihtiyaç duyabilir. Çalışmamız literatüre farklı bir yönde katkı sağlamıştır.

Katılımcıların grupları ile doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim verilen grubun %79.4'ünün, kontrol grubunun %58.7'sinin doğum öncesi bakım almadığı görülmektedir. Eğitim verilen grubun sosyodemografik yapısı, bilgi düzeyi, sağlık hizmetleri ile ilgili erişim ve bilgi eksiklikleri, sağlık hizmetlerine güvenmeme, mesafeli olma, gibi dezavantajlı olma durumu olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan tüm kadınların yarısından çoğu doğum öncesi bakım almadığını belirtmişlerdir. Literatürde yer alan doğum öncesi bakım ile ilgili bilgiler ışığında anne adaylarına verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların bilgi seviyesini artıracığı, bu sayede doğum öncesi bakım alma oranlarını artıracığını düşündürmektedir. Çalışmamız doğuma hazırlık eğitimlerinin hedef kitlesi ile ilgili önemli bilgiler sunmuştur.

Çalışmamız bulgularında yapılan tek değişkenli analizlerde gebelik haftası ve doğum öncesi bakım alma durumu anlamlı çıksa da, çok değişkenli analizlerde anlamlı bulunmamıştır.

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi durumlarının karşılaştırılması sonucunda, katılımcıların grupları ile eğitim öncesi

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu da çalışmamızda iki grubunda benzer doğum korkusuna sahip olduklarını ve sonraki değişimlerin yapılan eğitime bağlı olup olmadığını gösterecektir.

Çalışmamızda yapılan eğitim sonrasında; eğitim verilen grubun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Katılımcıların eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan gebelerin doğum korkusunun azaldığı görülmektedir. Bu bağlamda ‘‘H1a’’ hipotezimiz kabul edilmiştir. Calpbinici ve Özçirpan (2023)’nın yapmış olduğu çalışmada da eğitim verilen grubun doğuma yakın gebelik haftalarında doğum korkusunda düşüş yaşandığı, kontrol grubu doğum korkusunun aynı dönemde yüksek seviyelerde kaldığı bildirilmiştir. Çankaya ve Şimşek (2021) tarafından yapılan çalışmada doğum öncesi verilen eğitimin, eğitim verilen grubun doğum korkusunu azalttığı sonucuna varılmıştır. Dai ve ark. (2021)’nin yapmış olduğu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde eğitim verilen grubun doğum korkusu ölçek puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (Dai vd., 2021). Kızılırmak ve Başer (2016), ilk gebeliği olan kadınlara verilen eğitimin doğum korkusuna etkisini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda; eğitim verilen grubun eğitim öncesi W-DEQ-A puan ortalaması 61.1 iken, eğitim sonrası 42.0 olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışma grubunun eğitim sonrası puan ortalaması 42.0 iken, kontrol grubunda 58.5 olarak bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde benzer birçok çalışma doğum öncesi verilen eğitimin doğum korkusunu önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Z. Taheri vd., 2014; Gökçe İsbir vd., 2016; Karabulut vd., 2016; Masoumi vd., 2016; Aslantekin Özçoban vd., 2022).

Çankaya ve Şimşek (2020) tarafından primipar kadınlarda doğum öncesi eğitimin doğum korkusu, depresyon, anksiyete, doğum öz yeterliliği ve doğum şekli üzerindeki etkilerini inceleyen randomize kontrollü bir çalışma yapılmıştır. Çalışmamızda olduğu gibi; antenatal eğitim grubundaki gebelere haftada iki kez, 4 hafta boyunca ikişer saatlik (240 dk) iki seans eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda doğum öncesi eğitim grubundakilerin kontrol grubuna göre daha az doğum korkusu, depresyon, anksiyete ve stres belirtileri gösterdiği ve doğum öz yeterliliğinin arttığı

bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum öncesi eğitim grubundakilerin doğum sonrası doğum korkusu, depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, literatürde doğum korkusunu azaltmaya yönelik müdahalelerin etkili olduğunu gösteren çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Kadınların bilgi eksikliği sebebiyle, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte nasıl davranacaklarını, onları neyin beklediğini bilmediği, doğum ağrısının nasıl bir ağrı olduğunu bilmediği vb. durumlar sebebiyle kaygı, endişe ve korku hissedebilir. Bu sebeple eğitim alan gebelerde doğum korkusunun azalması, bilgi eksikliğinin azalması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda da gebelik doğum ve doğum sonu dönem, yenidoğan bakımı ile ilgili gebelerin süreci kolay atlatabilecekleri ve ihtiyaç duyduklarında kullanabilecekleri konularda eğitim ve destek sağlanarak kadınların bilinçlendirilmesi ve korkunun azaltılması sağlanmıştır.

Katılımcıların gruplar arası eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde eğitim öncesi eğitim verilen grubun Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanı ortalaması 53.84, kontrol grubunun ise 54.68'dir. Katılımcıların gruplarına göre eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan gebelerin Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları birbirine çok yakındır. Bu da gruplardaki travmatik doğum algısının her iki grupta da benzer olduğunu göstermekte olup, sonraki değişimlerin yapılan eğitime bağlı olup olmadığını gösterecektir.

Eğitim verilen grubun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışma sonuçlarımız literatürde birçok çalışma ile uyumlu sonuç vermiştir. Gebelerin eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarının, eğitim sonrası puanlarından daha fazla olduğu görülmektedir. Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan gebelerin travmatik doğum algısının azaldığı sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda "H1b" hipotezimiz kabul edilmiştir. Wei ve ark. (2024) tarafından yapılan çalışmada doğum bilgisi, doğuma hazırlık eğitimine katılmış olmanın travmatik doğum algısına karşı koruyucu olduğu sonucuna varılmıştır. Çankaya ve Ocaktan (2022) tarafından

postpartum erken dönemde primipar annelerin travmatik doğum deneyimlerinin ve algısının, emzirme tutumu ile ilişkisini inceleyen bir çalışma yapılmıştır. Çalışma bulgularında doğum öncesi eğitim alan kadınların travmatik doğum algısı puan ölçeği 68.2 ± 25.4 , almayan kadınların ise 71.2 ± 25.2 'dir. Eğitim alan kadınların travmatik doğum algısı doğum sonu dönemde düşük çıksa da istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunamamıştır. Maimburg ve ark. (2010) tarafından yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitiminin doğum sürecine etkisi araştırılmış ve kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Çalışma sonucuna göre doğum öncesi eğitim grubuna katılan kadınlar daha az epidural analjezi kullandıkları ve kontrol grubuna göre daha olumlu bir doğum deneyimi yaşadığı bulunmuştur (RR = 1.25, %95 GA: 1.14 ila 1.36, P < 0.001) (Maimburg vd., 2010; M. Taheri vd., 2018).

Çalışmamızda eğitim verilen grupta eğitim öncesinde ve sonrasında geliri gidere denk olan gebelerin, geliri giderden yüksek olanlara kıyasla travmatik doğum algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.011). Bu durum gebelerin ekonomik durumunun düşük olması doğum sürecine ilişkin algıyı olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Eğitim sonrasında da gelir düzeyine göre travmatik doğum algısı puanları arasındaki farkın devam etmesi ekonomik durumun travmatik doğum algısı üzerinde süreklilik gösteren bir etkiye sahip olduğunu ve eğitim sonrası dönemde de bu etkinin tamamen ortadan kalkmadığını göstermektedir. Ayrıca, doğum öncesi eğitim verilmiş olmasına rağmen gelir düzeyine bağlı farklılığın devam etmesi, eğitimin tek başına travmatik doğum algısını belirleyen tüm etmenleri ortadan kaldırmada yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Bu durum, ekonomik koşulların yarattığı kronik stresin ve yaşam koşullarına bağlı psikososyal faktörlerin, doğum algısı üzerinde kalıcı bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. Bulgular, doğum öncesi eğitim programlarının özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda psikososyal destek bileşenleriyle güçlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda eğitim öncesi planlanan(istenilen) doğum şekline göre Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). Sezaryen planlayan ve doğum şekli konusunda kararsız olan gebelerin vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre bu gebelerde doğumun daha zor, riskli ya da kontrol edilemez bir süreç olarak değerlendirildiği düşünülmektedir. Özellikle kararsızlık,

belirsizlik ve kaygıyı artırarak travmatik algıyı yükseltebilirken; sezaryen tercihi de bazı gebelerde doğum korkusunu azaltma ve daha güvenli hissetme ihtiyacına bağlı gelişmiş olabilir. Bu nedenle gebelik döneminde gebelerin doğum ile ilgili korku ve kaygılarının mutlaka ele alınması ve danışmanlık verilmesi önemlidir.

Eğitim öncesi planlanan(istenilen) doğum şekline göre Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.040$). Doğum korkusu puanları; doğum tercihinde kararsız olan gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelerden daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Bu durum doğum tercihi konusunda net olmayan gebelerin, doğuma yönelik korku ve kaygı düzeylerinin daha belirgin olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık vajinal doğum planlayan gebelerin doğuma ilişkin daha net ve olumlu beklentilere sahip olmaları, doğum korkusu düzeylerinin daha düşük olmasını açıklayabilir. Gebelik döneminde kararsız olan gebelere yönelik bilgilendirici ve güven artırıcı danışmanlık verilmesi önemlidir.

Eğitim sonrası planlanan(istenilen) doğum şekline göre hem Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ($p=0.040$) hem de Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarında ($p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Her iki ölçekte de kararsız grubun vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında da doğum şekli tercihinin doğuma yönelik korku ve travmatik algı üzerinde etkili olmaya devam ettiğini göstermektedir. Bu durum doğum öncesi eğitimlerin genel olarak doğum şekline ilişkin korku ve travmatik algıyı azaltmada yararlı olduğunu, ancak doğum şekli konusunda kararsız olan ya da belirli kaygıları daha yoğun yaşayan gebelerde bu etkinin yeterli olamayabildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda kontrol grubunda aile tipi çekirdek aile olan gebelerin, geniş ailede yaşayan gebelere göre Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.042$). Çekirdek aile yapısına sahip gebelerin travmatik doğum algısı geniş aile yapısına sahip gebelere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum doğum sürecinde algılanan sosyal desteğin travmatik doğum algısını etkileyebileceğini düşündürmektedir. Çekirdek aile yapısında olan gebelerin destek kaynaklarının daha sınırlı olması, kaygı düzeyini artırarak doğumun daha travmatik algılanmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle

doğum öncesi eğitim ve danışmanlık süreçlerinde sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Eğitim verilen gebelerde planlanan(istenilen) doğum şeklinin eğitim öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.030$). Eğitim öncesi vajinal doğum planlayan gebelerin %80.4'ünde doğum tercihinde bir değişim olmadığı, sezaryen planlayanların %80.0'ında sezaryen kararında kaldığı görülmektedir. Ancak eğitim öncesi kararsız olan gebelerin %15.2'sinin eğitim sonrası belirli bir doğum şekline yöneldiği ve bu grubun ağırlıklı olarak vajinal doğum tercihi gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum özellikle belirsizlik yaşayan gebelerde eğitim verilmesinin vajinal doğuma dair daha olumlu bir yaklaşım geliştirmesine katkı sağladığını göstermektedir. Bu bağlamda H1c hipotezimiz kabul edilmiştir. Doğuma hazırlık eğitiminin doğum tercihleri üzerinde etkisi vardır. Temizkan ve Mete (2020)'nin yapmış olduğu çalışmada gebelerin doğuma yönelik bilgi almasının doğum tercihleri üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Chantry ve ark.(2023)'nin yapmış olduğu çalışmada doğuma hazırlık eğitimi derslerine katılan kadınların doğum şekline ilişkin tercihleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Afshar ve ark.(2017) tarafından yapılan çalışmada doğum ile ilgili klinik eğitime katılmak vajinal doğum ile ilişkili bulunmuş olup doğuma hazır olmanın doğum şeklini etkileyebileceği belirtilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar arasında farklılıkların bulunması örneklem özellikleri, eğitim içeri ve süresi, gebelerin eğitim öncesi bilgi düzeyleri vb. farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada eğitimin, özellikle doğum tercihi konusunda kararsız olan gebelerde etkili olması; doğuma hazırlık eğitiminin, kesin bir tercihi olan gebelerden ziyade karar verme sürecinde olan gebeler için daha belirleyici bir rol alabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim verilen grupta eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.630$; $r=0.624$; $p<0.01$, $p<0.01$). Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.69$; $p<0.01$). Bu çalışmada gebelerin doğum korkusu düzeyi arttıkça doğumunu travmatik olarak algılama düzeyinin de arttığı görülmektedir. Gebelik döneminde doğuma ilişkin korku ve kaygı yaşamak, kadınlarda kontrol kaybı ve çaresizlik

hislerinin artmasına, doğum deneyimini travmatik olarak algılamalarına yol açabileceğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde de travmatik doğum algısı ile doğum korkusu arasında bir ilişki olduğu birçok çalışma ile belirlenmiştir. Travmatik doğum deneyimi kadınlarda doğum sonrası ruh sağlığı bozukluklarına ve sonraki gebeliklerinde doğum korkusuna neden olabilmektedir. Aynı şekilde yoğun korku ve kaygı düzeyine sahip kadınların doğum deneyimlerini olumsuz değerlendirme olasılığı yükselmektedir (Simpson & Catling, 2016; Märthesheimer vd., 2025; Wang vd., 2025). Elde edilen sonuçlar literatürde yer alan benzer çalışmalarla uyumludur. Doğum korkusunun artması ile birlikte travmatik doğum algısının da artması, gebelerin doğum sürecine ilişkin algılarının ve bilişsel değerlendirmelerinin, doğumu nasıl deneyimlecekleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda, gebelere verilecek doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum korkusunu azaltarak, doğum sürecini daha öngörülebilir ve kontrol edilebilir bir deneyim olarak algılamalarına katkı sağlayan önemli bir müdahale alanı olarak değerlendirilmektedir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin gebelerin doğum korkusunun ve travmatik doğum algısının azalmasında etkili olabileceği söylenebilir.

Eğitim sonrası travmatik doğum algısının, eğitim sonrası doğum korkusunu anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu bulguya göre eğitim sonrasında doğumunu daha travmatik algılayan gebelerde doğuma ilişkin korkularında bu algıdan etkilendiğini ve travmatik algı düzeyinin doğum korkusunun şekillenmesinde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu ile tercihleri ve travmatik doğum algısına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; eğitim verilen gruptaki gebelerin yaş ortalaması; 27.75 ± 3.72 , kontrol grubundaki gebelerin ise 26.76 ± 4.18 'dir.
- Eğitim verilen gruptaki gebelerin ilk evlenme yaşı ortalaması 24.68 ± 3.46 , kontrol grubundaki annelerin ise 24.3 ± 3.44 'tür.
- Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun % 63.4'ü lisans ve üzeri, kontrol grubunun % 61.9'u lisans ve üzeri mezundur. Gelir durumlarına göre dağılımı incelendiğinde her iki grupta da % 12.7'sinin gelir giderden azdır.
- Gebelerin aile tipine göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun %100'ü, kontrol grubunun % 95.2'si çekirdek ailesiyle yaşamaktadır. Araştırmaya katılan tüm gebelerin medeni hali evlidir.
- Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; eğitim verilen grubun eşlerinin %42,9'u, kontrol grubunun eşlerinin %46.1'i lisans ve üzeri mezundur.
- Gebelerin evlilik süresine göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun evlilik yılı ortalaması 3.28 ± 3.93 , kontrol grubunun 2.84 ± 3.44 'tür.
- Gebelerin gebelik haftası incelendiğinde; eğitim verilen grubun gebelik haftası ortalaması 24.54 ± 5.42 , kontrol grubunun ise 27.76 ± 5.6 'dır. Gebelerin gruplarına göre gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

- Kadınların gebeliğinin planlı olma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; eğitim verilen grubun %79.4'ünün, kontrol grubunun %68.3'nün gebeliği planlıdır.
- Eğitim verilen grubun %79.4'ünün, kontrol grubunun %58.7'sinin doğum öncesi bakım almadığı, gebelerin grupları ile doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- Eğitim verilen gruptaki gebelerin eğitim öncesi ve sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu Ölçeği puanlarının karşılaştırıldığında; eğitim öncesi Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A versiyonu Ölçeği puan ortalaması 54.48 ± 22.24 , eğitim sonrası ölçek puan ortalaması 46.10 ± 21.54 olarak bulunmuştur. Eğitim verilen grubun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A versiyonu Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusu üzerinde etkisi vardır." hipotezi(H1a) kabul edilmiştir.
- Eğitim verilen gruptaki gebelerin eğitim öncesi ve sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında eğitim öncesi ölçek puan ortalaması 53.84 ± 26.23 , eğitim sonrasında 44.94 ± 25.35 olarak bulunmuştur. Eğitim verilen grubun eğitim öncesi ve eğitim sonrası Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Doğuma hazırlık eğitiminin travmatik doğum algısı üzerinde etkisi vardır." hipotezi(H1b) kabul edilmiştir.
- Eğitim verilen gebelerde planlanan doğum şeklinin öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 = 7.000$; $p = 0.030$). Eğitim öncesi kararsız olan gebelerin %15.2'sinin eğitim sonrasında belirli bir doğum şekline yöneldiği ve bu grubun ağırlıklı olarak vajinal doğum tercihi gösterdiği tespit edilmiştir. "Doğuma hazırlık eğitiminin doğum tercihleri üzerinde etkisi vardır." hipotezi (H1c) kabul edilmiştir.
- Eğitim verilen grupta eğitim öncesinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.630$; $p < 0.01$). Eğitim verilen grupta eğitim sonrasında da aralarında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.624$; $p < 0.01$).

Kontrol grubunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ile Travmatik Doğum Algısı Ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.691$; $p<0.01$).

- Eğitim verilen grupta travmatik doğum algısının eğitim öncesi doğum korkusunu yordama gücünü belirlemek amacıyla yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($R=0.630$; $R^2=0.397$; $F=40.143$; $p<0.001$). Eğitim öncesi travmatik doğum algısının eğitim öncesi doğum korkusunu pozitif ve anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($\beta=0.630$; $t=6.336$; $p<0.001$). Model, eğitim öncesi doğum beklentisindeki toplam varyansın %39.7'sini açıklamaktadır.
- Kontrol grubunda yapılan regresyon analizinde de modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($R=0.691$; $R^2=0.478$; $F=55.859$; $p<0.001$). Travmatik doğum algısının doğum korkusunu pozitif ve anlamlı biçimde yordadığı saptanmış ($\beta=0.691$; $t=7.474$; $p<0.001$) ve modelin doğum korkusundaki varyansın %47.8'ini açıkladığı belirlenmiştir.
- Basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, eğitim sonrası travmatik doğum algısının, eğitim sonrası doğum korkusunu anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir ($R=0.624$; $R^2=0.390$; $F(1.61)=38.922$; $p<0.001$). Travmatik doğum algısı puanındaki artışın, doğum korkusu puanında pozitif yönde ve anlamlı bir artışla ilişkili olduğu saptanmıştır ($\beta=0.624$; $t=6.239$; $p<0.001$). Model, doğum korkusundaki toplam varyansın %39.0'unu açıklamaktadır.
- Gelir düzeyi değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda, eğitim öncesi Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=5.218$; $p=0.008$). Geliri gidere denk olan gebelerin, geliri giderden yüksek olanlara kıyasla travmatik doğum algısının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında da Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından gelir düzeyine göre anlamlı bir farkın sürdüğü görülmüştür ($F=4.858$; $p=0.011$). Geliri gidere denk olan grubun, geliri giderden yüksek olan gruptan daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır.
- Planlanan(istenilen) doğum şekli değişkenine göre yapılan analizlerde, eğitim öncesinde Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=10.896$; $p<0.00$). Sezaryen ve kararsız

gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek travmatik doğum algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği puanları açısından da anlamlı bir fark saptanmış ($F=3.388$; $p=0.040$) ve kararsız gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelerden daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.

- Eğitim sonrası planlanan(istenilen) doğum şekline göre hem Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği ($F=3.388$; $p=0.040$) hem de Travmatik Doğum Algısı Ölçeği puanlarında ($F=6.011$; $p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Her iki ölçekte de kararsız gebelerin, vajinal doğum planlayan gebelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğunu tespit edilmiştir.
- Kontrol grubunda çekirdek aile yapısına sahip gebelerde travmatik doğum algısının, geniş aile yapısına sahip olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

6.2.1. Ebelik Hizmetlerine Yönelik Öneriler

- Gebelerin doğum öncesi dönemde aile sağlığı merkezlerinde düzenli olarak takip edilmeli ve doğum korkusu yaşayan kadınlar belirlenmelidir.
- Doğum sonu dönemde lohusaların izlemleri düzenli ve detaylı olarak yapılmalı, doğumunu travmatik olarak hatırlayan kadınlar belirlenmelidir.
- Doğuma hazırlık eğitim programlarına doğumu kolaylaştıran ve doğum korkusunu azaltmaya yönelik non-farmakolojik yöntemler dahil edilmelidir.
- Gebelerin doğum öncesi eğitimlere kolayca erişebilmesi için gerekli çalışmaların yapılmasına öncülük edilmelidir.
- Doğuma hazırlık eğitimlerine yönelik ebelerin desteklenmesi ve güncel bilgiler ışığında eğitimler verilmesi sağlanmalıdır.

- Doğuma hazırlık eğitimi ve danışmanlığı verebilecek şekilde tüm ebelere hizmet içi eğitimler verilmelidir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan kadınlarda doğum korkusu ve travmatik doğum algısını inceleyen çalışmalar literatürde yer alsa da doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerini aynı anda inceleyen çok az olması sebebiyle; bu konuda daha fazla araştırma yapılması, daha geniş ve daha farklı örneklem grupları kullanılarak yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir.
- Çalışma belirli bir bölgede yapıldığından aynı çalışma farklı ve daha geniş örneklem gruplarıyla tekrar yapılabilir.
- Eğitimlerin yapıldığı grupların daha uzun vadeli izlemleri gerçekleştirilerek uzun dönem etkileri incelenebilir.
- Çalışma öncesinde verilen doğuma hazırlık eğitiminin içeriği değiştirilerek, kanıta dayalı farklı eğitim modelleri kullanılarak tekrar ölçekler değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

Abdollahpour, S., & Khadivzadeh, T. (2022). Prevalence of traumatic childbirth and post-traumatic stress after delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 4(3), 86-92. <https://doi.org/10.30699/jogcr.4.3.86>

Abdollahpour, S., & Motaghi, Z. (2019). Lived traumatic childbirth experiences of newly delivered mothers admitted to the postpartum ward: A phenomenological study. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), 23-31. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.004>

Abebe, M., Tebeje, T. M., Yimer, N., Simon, T., Belete, A., Melaku, G., & Hareru, H. E. (2024). Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 139, 104191. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104191>

Ada, G. (2025). Gebelere verilen eğitimin travmatik doğum algısına etkisi (931020) [Doktora Tezi Sakarya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff, T. F., Pisarska, M. D., & Gregory, K. D. (2017). Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(1), 29–34. <https://doi.org/10.1111/birt.12263>

Aksoy Derya, Y., Altıparmak, S., Akça, E., Gökbulut, N., & Yılmaz, A. N. (2021). Pregnancy and birth planning during COVID-19: The effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery*, 92, 102877. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102877>

Aksu, D. F. (2022). Travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınların doğum deneyimlerinin ve etkilerinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Aksu, D. F., & Serçekuş, P. (2023). Traumatic childbirth experiences, effects and coping: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 37, 100898. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100898>

Aktaş, S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 7(1), 1. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8728>

Al-Gailani, S. (2017). "Drawing aside the curtain": Natural childbirth on screen in 1950s Britain. *British Journal for the History of Science*, 50(3), 473-493. <https://doi.org/10.1017/S0007087417000607>

Alizadeh-Dibazari, Z., Abdolalipour, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effect of prenatal education

on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: A scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0>

Altuntuğ, K., Kiyak, S., & Ege, E. (2023). Relationship between birth memories and recall and perception of traumatic birth in women in the postpartum one-year period and affecting factors. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04336-3>

Aslantekin Özçoban, F., Ergün, S., & Erkal Aksoy, Y. (2022). Effects of health literacy education on adaptation to pregnancy, self-efficacy, fear of childbirth and health literacy in Turkish pregnant women: A randomized, controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 30(2), e537-e549. <https://doi.org/10.1111/hsc.13690>

Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., Karlsdottir, S. I., Oosterman, M., Tecirli, G., Turner, J. D., & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, 37(2), 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006>

Baldini, V., Gnazzo, M., De Ronchi, D., Carotenuto, M., Pera, M. C., & Fiorillo, A. (2025). Traumatic childbirth experiences and their association with postpartum psychiatric disorders: A systematic review. *The Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-025-10180-4>

Bay, F., & Sayiner, F. D. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health*, 61(5), 479-489. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1927287>

Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28.

Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth. *Global qualitative nursing research*, 2, 2333393615575313. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>

Beck, C. T. (2018). A secondary analysis of mistreatment of women during childbirth in health care Facilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 47(1), 94-104. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015>

Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *Bjog*, 116(9), 1167-1176. <https://doi.org/10.1111/j.14710528.2009.02144.x>

Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>

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>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Calpbınici, P., Özçirpan, Ç.Y. (2023). The effect of the training program provided to primiparous pregnant women through the motivational interview method on their fear of childbirth, childbirth self-efficacy, and delivery mode: A randomized controlled trial. *Curr Psychol* 42, 21609–21623. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03285-7>

Calpbınici, P. (2024). The relationship between traumatic childbirth perception, desire to avoid pregnancy, and sexual quality of life in women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 167(1), 265-272. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15797>

Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y.-S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 49(4), 616-627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>

Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43-66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>

Chantry, A. A., Merrer, J., Blondel, B., & Le Ray, C. (2023). Preferences for labor and childbirth, expressed orally or as a written birth plan: Prevalence and determinants from a nationwide population-based study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 50(4), 847–857. <https://doi.org/10.1111/birt.12728>

Coates, D., Thirukumar, P., Spear, V., Brown, G., & Henry, A. (2020). What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*, 33(4), 323-333. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.005>

Cresswell, J. A., Alexander, M., Chong, M. Y. C., Link, H. M., Pejchinovska, M., Gazeley, U., Ahmed, S. M. A., Chou, D., Moller, A.-B., Simpson, D., Alkema, L., Villanueva, G., Sguassero, Y., Tunçalp, Ö., Long, Q., Xiao, S., & Say, L. (2025). Global and regional causes of maternal death 2009-20: A WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 13(4), e626-e634. [https://doi.org/10.1016/S2214109X\(24\)00560-6](https://doi.org/10.1016/S2214109X(24)00560-6)

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>

Çınar Say, F., & Çoban, A. (2022). Gebe bilgilendirme sınıfına katılımın doğum sonu konfora etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 133-143. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.835665>

Çuvadar, A., Karamelikli, E., & Çuvadar Baş, Y. (2025). The impact of demographic and obstetric factors on perception of traumatic birth and breastfeeding attitudes. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 47, e-rbgo15. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2025rbgo15>

Dai, L., Shen, Q., Redding, S. R., & Ouyang, Y.-Q. (2021). Simulation-based childbirth education for Chinese primiparas: A pilot randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 104(9), 2266-2274. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.036>

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2022). Health-care practitioners' assessment and observations

of birth trauma in mothers and partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(1), 34-46. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788210>

Deliktas, A., & Kukulcu, K. (2019). Pregnant women in Turkey experience severe fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(5), 501-511. <https://doi.org/10.1177/1043659618823905>

Demir, R., & Taşpınar, A. (2023). Sezaryen. İçinde A. Songül, A. D. Yeşim, & T. Eylem (Ed.), *A'dan z'ye temel ebelik* (1. bs, C. 2, ss. 202-211). İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic.Ltd.Şti.

Demir Yıldırım, A., & Oskay, Ü. (2019). Dünya'da ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *EGE HFD*, 36(1), 45-52.

Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. G. (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., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (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>

Deng, W., Klemetti, R., Long, Q., Wu, Z., Duan, C., Zhang, W.-H., Ronsmans, C., Zhang, Y., & Hemminki, E. (2014). Cesarean section in Shanghai: Women's or healthcare provider's preferences? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 285. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-285>

Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, 55, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.001>

Döner, Ş. İ., & Uçtu, A. K. (2024). Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 203-215. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1320030>

Devi, B., Devi, R., Sherpa, S.Z., Pradhan, S., Sharma, P., Gurung, S. & Giri, S. (2024). Tokophobia among Pregnant Women-A Narrative Review. *Journal of Nursing*, 71(3), 45-51. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.10991074>

Dweik, D., Girasek, E., Töreki, A., Mészáros, G., & Pál, A. (2014). Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(4), 408-415. <https://doi.org/10.1111/aogs.12353>

Eide, K. T., Morken, N.-H., & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>

EL-Malky, M. E., El-Homosy, S. M., Ashour, E. S. S., & Shehadeh, Y. A. (2018). Effectiveness of antenatal nursing intervention on childbirth's fears, psychological—wellbeing and pregnancy outcomes in primipara's women. *Journal of Nursing Science*, 4(2), 17-24.

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a

traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2023). Birth related PTSD and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 38, 100920. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100920>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). Gebe okulu, gebe bilgilendirme sınıfı, doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezleri genelgesi (2018/23). Erişim tarihi: 18.11.2025 https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48418/0/gebe-okulu-gebe-bilgilendirme-sinifi-doguma-hazirlik-ve-danismanlik-merkezleri-genelgesipdf.pdf?_tag1=254FEF6C3C2F8E04D94F30EC54634F8934596FB2

Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 182. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2333-4>

Gimbel, L. A., Weingarten, S. J., Smid, M. C., & Hoffman, M. C. (2024). Maternal mental health as a major contributor to maternal mortality. *Seminars in Perinatology*, 48(6), 151943. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151943>

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, Y., Karabulut, Ö., Abbasoğlu, D., Gönenç, İ. M., Sarı, E., Aktaş, S., & Erdoğan, S. (2024). The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 42(1), 62-77. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2057938>

Gökçek, A. İ. (2022). Önemli bir sorun: Doğum korkusu ve ebelik bakımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104.

Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: An RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 293-301. <https://doi.org/10.1111/scs.12346>

Haggar, F., & Einarsdóttir, K. (2021). Trends in cesarean birth rates in Iceland over a 19-year period. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(1), 36-43. <https://doi.org/10.1111/birt.12503>

Hendrix, Y. M. G. A., Baas, M. A. M., Vanhommerig, J. W., de Jongh, A., & Van Pampus, M. G. (2022). Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923819>

Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>

Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26

cases. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 83-85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>

Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-0170729-6>

Holopainen, A., Stramrood, C., van Pampus, M. G., Hollander, M., & Schuengel, C. (2020). Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: Women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 28(8), 488-496. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.8.488>

Jeličić, L., Nazzari, S., & Vuković, M. (2025). Editorial: Maternal psychopathology in pregnancy and the postpartum period and its impact on infant and child development. *Frontiers in Psychology*, 16, 1672807. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1672807>

Kalok, A., Kamisan Atan, I., Sharip, S., Safian, N., & Shah, S. A. (2025). Psychosocial determinants of childbirth fear among asian women: A scoping review. *Healthcare*, 13(13), 1535. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131535>

Karabulut, Ö., Coşkuner 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>

Khaled, M., Corner, G. W., Horton, K., Khoddam, H., Stoycos, S., & Saxbe, D. E. (2020). Prenatal relationship conflict behavior predicts childbirth experiences and birth outcomes. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 34(6), 759-765. <https://doi.org/10.1037/fam0000650>

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>

Kızıllırmak, 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>

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.13652850.2011.01694.x>

Körükçü, Ö., Deliktas, A., Aydın, R., & Kabukcuoglu, K. (2017). Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(4), 156-165. <https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.359>

Kuipers, Y., Thomson, G., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Hresanová, E., Temesgenová, N., Waldner, I., & Leinweber, J. (2023). The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. *Women and Birth*, 36(1), e78-e85. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.013>

Kuo, T.C., Au, H.K., Chen, S.R., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P.H., & Kuo, S.Y. (2022). Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single blind randomised controlled trial. *Midwifery*, 113, 103438.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438>

Kyrou, M. (2020). Mode of delivery and traumatic birth experience: The role of the midwife. *European Journal of Midwifery*, 4, 39. <https://doi.org/10.18332/ejm/127264>

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>

Maimburg, R. D., Vaeth, M., Dürr, J., Hvidman, L., & Olsen, J. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(8), 921-928. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x>

Märthesheimer, S., Hagenbeck, C., Helbig, M., Balan, P., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2025). A longitudinal study of the subjective birth experience and the relationship to mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07348-y>

Masi, S. de, Bucagu, M., Tunçalp, Ö., Peña-Rosas, J. P., Lawrie, T., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, M. (2017). Integrated person-centered health care for all women during pregnancy: Implementing world health organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 197-201. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-1700141>

Masoumi, S. Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M., Esmaili-Vardanjani, A., & Rafiei, H. (2016). Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(3), 115-121.

McDonald, J. A., Amatya, A., Gard, C. C., & Sigala, J. (2019). In States That Border Mexico, Cesarean rates were highest for hispanic women living in border counties In 2015. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(2), 276-286. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05369>

Michaels, P. A. (2018). The sounds and sights of natural childbirth: Films and records in antenatalpreparation classes, 1950s–1980s. *Social History of Medicine*, 31(1), 24-40. <https://doi.org/10.1093/shm/hkw119>

Mousavi, S. R., Amiri-Farahani, L., Haghani, S., & Pezaro, S. (2022). Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi experimental study. *PLOS ONE*, 17(8), e0272613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272613>

Nagle, U., Naughton, S., Ayers, S., Cooley, S., Duffy, R. M., & Dikmen-Yildiz, P. (2022). A survey of perceived traumatic birth experiences in an Irish maternity sample—Prevalence, risk factors and follow up. *Midwifery*, 113, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103419>

Nasser, S., & El-Said Mansur, S. (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>

Nguyen, L. D., Nguyen, L. H., Ninh, L. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, A. D., Vu, L. G., Nguyen, C. T.,

Vu, G. T., Doan, L. P., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2021). Fear of childbirth and preferences for prevention services among urban pregnant women in a developing country: A multicenter, cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105382>

Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (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>

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>

Olawade, D. B., Wada, O. Z., Ojo, I. O., Odetayo, A., Joel-Medewase, V. I., & David-Olawade, A. C. (2023). Determinants of maternal mortality in south-western Nigeria: Midwives' perceptions. *Midwifery*, 127, 103840. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103840>

Olsen, B., Forgaard, A., Nordsletta, A.-H. S., Sommerseth, E., & Røseth, I. (2022). "I shut it out": Expectant mothers' fear of childbirth after a traumatic birth—a phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(1), 2101209. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2101209>

Ozdemir, M. E., Cilingir, I. U., Ilhan, G., Yildiz, E., & Ohanoglu, K. (2018). The effect of the systematic birth preparation program on fear of vaginal delivery and quality of life. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(3), 561-565. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4835-0>

Pınar, G., Avsar, F., & Aslantekin, F. (2018). Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity: A case-control study. *Clinical Nursing Research*, 27(3), 315-342. <https://doi.org/10.1177/1054773816682331>

Pirdadeh Beiranvand, S. P., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Majd, H. A., Birjandi, M., & Khalesi, Z. B. (2017). Prevalence of Fear of Childbirth and Its Associated Factors in Primigravid Women: A Cross-Sectional Study (Research Article 18; Sayı 11, s. e61896). *Shiraz E-Medical Journal*. <https://brieflands.com/journals/semj/articles/61896#abstract>

Priddis, H. S., Keedle, H., & Dahlen, H. (2018). The Perfect Storm of Trauma: The experiences of women who have experienced birth trauma and subsequently accessed residential parenting services in Australia. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 31(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.007>

Priyambada, K., Patojoshi, A., & Bakhla, A. K. (2017). A study of antenatal anxiety: Comparison across trimesters. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(5), 1810-1813. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20171504>

- Qiu, L., Sun, N., Shi, X., Zhao, Y., Feng, L., Gong, Y., & Yin, X. (2020). Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women and Birth*, 33(2), e136e141. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.005>
- Rahman, A. E., Perkins, J., Hossain, A. T., Banik, G., Jabeen, S., Wall, S., & Arifeen, S. E. (2022). Unpacking cesarean in rural Bangladesh: Who, what, when, and where. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4), 709-718. <https://doi.org/10.1111/birt.12636>
- Raphael, A.-J. (2010). *Natural childbirth in twentieth century England: A history of alternative approaches to birth from the 1940s to the 1990s*. [Thesis, Queen Mary University of London]. <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/handle/123456789/1601>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Reshef, S., Mouadeb, D., Sela, Y., Weiniger, F. C., & Freedman, S. A. (2023). Childbirth, trauma and family relationships. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2157481. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2157481>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A.-S. V., Wangel, A.-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A.-M., Schei, B., & Bidens Group. (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>
- Sağlık Bakanlığı. (2002). *Sağlık İstatistikleri*. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/23523/0/2002yili9pdf.pdf?_tag1=D4B978A739AF9E5D13C14FC9B161D96638B14042
- Sakin, Ö., & Çolak, M. B. (2023). Doğum şekli ve travmatik doğumların psikoloji üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-V*. (ss. 35-45). Özgür Yayınları. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub386>
- Sanjari, S., Chaman, R., Salehin, S., Goli, S., & Keramat, A. (2021). Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 10(1), 3-10. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2022.02>
- Sarı, T. (2024). *Doğum korkusu yaşayan gebelerde travelbee insan insana ilişkiler modeline göre verilen eğitimin prenatal bağlanma, doğum korkusu ve anksiyeteye etkisi* [Doktora Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi].
- Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
- Serçekuş, P., & Yenal, K. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiyedeki gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2015;1(1):33-5

Shao, A. T. (2002). *Marketing Research: An Aid to Decision Making*. South-Western/Thomson Learning.

Shorey, S., Downe, S., Chua, J. Y. X., Byrne, S. O., Fobelets, M., & Lalor, J. G. (2023). Effectiveness of psychological interventions to improve the mental well-being of parents who have experienced traumatic childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 24*(3), 1238-1253. <https://doi.org/10.1177/15248380211060808>

Shorey, S., & Wong, P. Z. E. (2022). Traumatic childbirth experiences of new parents: A meta synthesis. *Trauma, Violence & Abuse, 23*(3), 748-763. <https://doi.org/10.1177/1524838020977161>

Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 74*(6), 1236-1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13534>

Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth, 29*(3), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>

Sousa, M., Fidalgo, D., Sousa, C., Garthus-Niegel, S., Riklikienė, O., Pawlicka, P., Jomeen, J., Jongenelen, I., Seefeld, L., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Baranowska, B., Baird, K., Lamela, D., Costa, R., & Pinto, T. M. (2025). Psychometric properties of the Fear of Birth Scale in women in the perinatal period: A multicountry study. *Journal of Affective Disorders, 374*, 365-380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.063>

Stoll, K., Edmonds, J. K., & Hall, W. A. (2015). Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young american women before childbirth: A survey study. *Birth, 42*(3), 270-276. <https://doi.org/10.1111/birt.12178>

Stützer, P. P., Berlit, S., Lis, S., Schmahl, C., Sütterlin, M., & Tuschy, B. (2017). Elective Caesarean section on maternal request in Germany: Factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 295*(5), 1151-1156. <https://doi.org/10.1007/s00404017-4349-1>

Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612>

Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y., & Ota, E. (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 210*, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025>

Şahin, S., Güler, D. S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy, 23*(1), 1-6. <https://doi.org/10.4274/BTDMJB.galenos.2017.20170603015031>

Tafe, A., Cummins, A., & Catling, C. (2023). Exploring women's experiences in a midwifery continuity of care model following a traumatic birth. *Women and Birth, 36*(4), e421-e427. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.006>

Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Nedjat, S., Arbabi, M., & Lopez, V. (2014). Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry, 9*(1), 31-36.

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A., & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(10), 1247-1254.

Taşkın, R., Kanbur, A., & Akpınar, G. (2024). Prenatal konforun travmatik doğum algısına etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 12(2), 604-617. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1382829>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. [https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/S%C4%B0Y2023_T%C3%BCrk%C3%A7e\(31.01.2025\).pdf](https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/S%C4%B0Y2023_T%C3%BCrk%C3%A7e(31.01.2025).pdf)

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>

Temizkan E, Mete S. Primipar gebelerin doğum şekli tercihlerini etkileyen etmenlerin belirlenmesi *HEAD* 2020;17(2):112-9.

TNSA. (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf

Toohill, J., Creedy, D. K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice—An Australian perspective. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.05.002>

Topaktaş, G., & Beylik, U. (2024). Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 21(2), 102-113. <https://doi.org/10.38136/jgon.1482889>

Turgut, N., Güldür, A., Çakmakçı, H., Şerbetçi, G., Yıldırım, F., Yumru, A. E., Bebek, A., & Gülova, S. S. (2017). *Gebe Okulunda Eğitim Alan Gebelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*. 3(1), 1-8.

Tuschy, B., Berlit, S., Stützer, P., Lis, S., Schmahl, C., Baumgärtner, U., & Sütterlin, M. (2018). Evaluation of psychosocial and biological parameters in women seeking for a caesarean section and women who are aiming for vaginal delivery: A cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(4), 897-905. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4654-3>

Türkmen, H., Yalniz Dilcen, H., & Akın, B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, post-traumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(12), 779-788. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0138>

Türkmen, H., Yalniz Dilcen, H., & Özçoban, F. A. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective

longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 422-434. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>

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>

Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>

Uotila, J. T., Taurio, K., Salmelin, R., & Kirkinen, P. (2005). Traumatic experience with vacuum extraction—Influence of personal preparation, physiology, and treatment during labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 33(5), 373-378. <https://doi.org/10.1515/JPM.2005.068>

Wang, Y., Liu, C., Sun, Y., Yuan, Y., & Chen, L. (2025). The mediating role of coping style in the relationship between fear of childbirth and psychological birth trauma among natural childbirth women in China: A structural equation model analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07146-6>

Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>

World Health Organization. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*, 24(2), 121-123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

World Health Organization. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

World Health Organization. (2023). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Xu, Y., Wang, W., Zhou, L., Xu, W., Wang, H., Zhang, F., Wang, X., & Zhang, H. (2025). Systematic review and meta-analysis of prevalence and risk factors for psychological birth trauma. *Nursing Research*, 74(2), 123-129. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000792>

Yalnız, H., Canan, F., Genç, R. E., Kuloğlu, M. M., & Geçici, Ö. (2016). Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Türk Tıp Dergisi*, 8(3), 81-88.

Yazıcı Topçu, T., & Aktaş, S. (2021). An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth: Social work in public health. *Social Work In Public Health*, 34(2), 195-207. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1986450>

Yıldırım, A., & Alp Yılmaz, F. (2024). Effects of depression and anxiety on the fear of childbirth. *Current Psychology*, 43:7691–7696. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04975-6>

Yıldırım, G., & Bilgin, Z. (2021). Risk status and traumatic birth perception in pregnancy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1897-1904. <https://doi.org/10.1111/ppc.12764>

Yılmaz, N., & Kılıç, M. (2024). The relationship of the traumatic birth perception of women with birth

memories and recall. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 27(4), 424-429.
https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_163_23

Yoosefi Lebni, J., Khalajabadi Farahani, F., Solhi, M., & Ebadi Fard Azar, F. (2021). Causes and grounds of childbirth fear and coping strategies used by kurdish adolescent pregnant women in Iran: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 22(1), 47-56.
<https://doi.org/10.18502/jri.v22i1.4995>

Zhang, K., Dai, L., Wu, M., Zeng, T., Yuan, M., & Chen, Y. (2020). Women's experience of psychological birth trauma in China: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 651.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03342-8>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Hediye KALIPCIOĞLU
Eğitim	
Lise	Şehit Polis Nedip Cengiz Eker Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi (2011-2015)
Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2015-2019)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2022-2025)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	Orta Derece
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Lisans
 - d. Lisansüstü
3. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - a. Gelir Giderden Az
 - b. Gelir Gidere Denk
 - c. Gelir Giderden Yüksek
4. Aile tipiniz nedir?
 - a. Çekirdek aile
 - b. Geniş aile
5. Medeni haliniz nedir?
 - a. Bekar
 - b. Evli
6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
7. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a. İlköğretim
 - b. Lise
 - c. Lisans
 - d. Lisansüstü
8. İlk evlenme yaşı kaç? Belirtiniz.....
9. Kaç yıllık evlisiniz?Belirtiniz.....
10. Kaç haftalık gebesiniz? Belirtiniz.....
11. Gebeliğiniz planlı olarak mı gerçekleşti?
 - a. Evet
 - b. Hayır
12. Doğum öncesi bakım alıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır

13. Doğumunuzu nasıl yapmayı planlıyorsunuz?

- a. Normal
- b. Sezaryen
- c. Kararsız

yüzüstü bırakılmış
bırakılmamış

yüzüstü

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

8	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçsüz					Hiç güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
10	0	1	2	3	4	5
	Son derece bağımsız					Bağımlı
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece gergin					Gerginlik yok
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
14	0	1	2	3	4	5
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş
16	0	1	2	3	4	5
	Tamamen kendine hakim değil					Hiç kendine hakim
17	0	1	2	3	4	5
	Son derece rahat					Hiç rahat değil

Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vermeyeceğim

Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vereceğim

27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5
Son derece keyif verici değil Hiç keyif verici

29 0 1 2 3 4 5
Son derece doğal Hiç doğal değil

30 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması gerektiği gibi Hiç olması gibi değil

31 0 1 2 3 4 5
Son derece tehlikeli Hiç tehlikeli değil

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

32 ...doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

33 ... doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilirsiniz.

EK 3: Travmatik Doğum Algısı Ölçeği

1. Doğum yapma düşüncesinden ne derece korkarsınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam						Çok korkarım				
2. Doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar endişelendiriyor?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç endişelendirmez						Çok endişelendirir				
3. Doğum da kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam						Çok korkarım				
4. Doğumda ölmekten ne kadar korkarsınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam						Çok endişelendirir				
5. Doğum esnasında yapılan müdahalelerin size ne derece zarar verebileceğini düşünürsünüz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç zarar vermez						Çok zarar verir				
6. Doğum sırasında doğum yolu olan genital bölgenin fiziksel zarara uğrama düşüncesi (yırtık, parçalanma, genişleme, ağrı, şişlik, şekil bozukluğu vb) sizi ne kadar kaygılandırır?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılandırma						Çok kaygılandırır				
7. Normal doğum yapma düşüncesi sizi ne kadar korkutur?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkutmaz						Çok korkutur				
8. Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda kontrolünüzü kaybetmekten ne kadar korkarsınız ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam						Çok korkarım				
9. Ne sıklıkla doğum düşüncesi aklınıza gelip sizi huzursuz eder?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam						Çok korkarım				
10. Bir arkadaşımızın doğumunda ona eşlik etmekten ne derece kaygı duyarsınız?										

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılanmam										
11. Size doğumu hatırlatan bir durumla karşılaştığınızda etrafınıza yabancılaşmış veya kendizi dışarıdan izleniyor gibi hisseder misiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç korkmam										
12. TV' de doğumla alakalı bir haber, film, dizi gördüğünüzde ne derece kaygılanırsınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılanmam										
13. Doğum yapma düşüncesi aklınıza geldiğinde kalp atışlarınızın hızlandığının hisseder misiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç kaygılandırma										
z										

Ek 4: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans öğrencisi Hediye Kalıpcıoğlu'nun Dr.Öğr.Üyesi Öznur Yaşar danışmanlığında Karesi Belediye'sinde yürütülen “Yüz yüze doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerde doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerinin incelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir istenmeyen durum hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için Yüksek Lisans Öğrencisi Hediye Kalıpcıoğlu ile günün 24 saatinde erişime geçebilirsiniz. (Telefon No: 545 655 09 49)

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerde doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerini incelemek amaçlanmaktadır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Siz bu araştırmanın **kontrol grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmada oluşturulacak farklı gruplardan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılabilecektir.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

EK 5: Etik Kurul Görüşü

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.08.2024-E.415361



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-52859568-050.04-415361
Konu : Etik Kurul Görüşü

21.08.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR

Kurulunuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sibel ERGÜN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSE6C7HABF Pin Kodu : 07062

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres: Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon: 2666121400 Faks: 2666121412

Web: <http://www.balikesir.edu.tr>

Keş Adresi: balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Selma Yazıcı

Unvanı: Kütüphaneci

Tel No: 101670





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yüz yüze doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan gebelerde doğum korkusu, travmatik doğum algısı ve doğum tercihlerinin incelenmesi
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Ebelik
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		BAUN Sağlık Bilimleri Fakültesi
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI, ADI-SOYADI		
DESTEKLEYİCİ		
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) UNVANI, ADI-SOYADI		
YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ		Hediye KALIPÇIOĞLU BAUN Sağlık Bilimleri Enstitüsü
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Randomize Kontrollü
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2024/126	Tarih: 06/08/2024
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Sibel ERGÜN	Başkan		X	KATILMADI
Doç. Dr.	Sevde AKSU	Üye		X	
Doç. Dr.	Selda YÖRÜK	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Hilmi BOLAT	Üye		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Oğuzhan KORKUT	Üye		X	KATILMADI
Dr. Öğr. Üyesi	Emrah ÖZDEMİR	Üye		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Mehmet ÖZÜÇLÜ	Üye		X	

EK 6: Karesi Belediyesi Kurum İzni



T.C.
KARESİ BELEDİYE BAŞKANLIĞI
İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü



Karesi Belediyesi
İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü
Sayı: E-42247548-900-1111
Tarih: 29.05.2024
Dosya Numarası: 2024-25691

Sayı : E-42247548-900-1111
Konu : Personel İşleri (Genel)

29.05.2024

Sayın : Hediye KALIPCIOĞLU

İlgi : Hediye KALIPCIOĞLU 24.05.2024 tarihli dilekçesi.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup talep etmiş olduğunuz Yüksek Lisans Tez Çalışmanızı kurumumuz tarafından düzenlenen " Anneliğe Hazırlık Eğitimi " ne katılan gebelerle birlikte yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Kemal AYDEMİR
Belediye Başkan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: E2E75C41

Doğrulama Adresi: <https://ebelediye.karesi.bel.tr/>

Adres: Mirzabey Mahallesi Dr. Ahmet Toprak Cad. No:119
Posta Kodu: 10010 Karesi/Balıkesir
Telefon No: 0(266) 243 04 00 Faks No: 0(266) 243 67 09
Kep Adresi: karesibelediyesi@hs01.kep.tr Web: <https://www.karesi.bel.tr>

Bilgi için: Emine ERGİN
Büro İlgisi

E Posta: ik@karesi.bel.tr



EK 7: Ölçek İzinleri

← 📧 🗑️ 📧 📧 📧 76 ileti dizisinden 5. < >

Ölçek İzni Hk. Gelen Kutusu x ⌵ 🖨️ 📧

H **Hediye Kalıpcıoğlu** 31 May Cum 14:03 ☆
Merhaba sayın hocam, Ben Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Travmatik Doğum

HACER YALNIZ DİLCEN <hdilcen@bartin.edu.tr> 31 May Cum 14:13 ★ 🗑️ 📧
Alıcı: ben ▾

Merhaba Hediye
Ölçeği kullanabilirsin. Çalışmanızda başarılar dilerim.
Saygılarımla

Associate Professor Hacer Yalnız Dilcen
Bartın University, School of Health,
Department of Midwifery
74100, Bartın, Turkey
Tel:+90 378 2235005
[Email:hdilcen@bartin.edu.tr](mailto:hdilcen@bartin.edu.tr)

From: "Hediye Kalıpcıoğlu" <bassoyhediye@gmail.com>
To: "Dr. Öğrt. Gör. Hacer YALNIZ DİLCEN" <hdilcen@bartin.edu.tr>
Sent: Friday, May 31, 2024 2:03:05 PM
Subject: Ölçek İzni Hk.

...

← 📧 🗑️ 📧 📧 📧 76 ileti dizisinden 15. < >

Ölçek İzni Hk. Gelen Kutusu x ⌵ 🖨️ 📧

H **Hediye Kalıpcıoğlu** 29 Nis Pzt 14:50 ☆
Merhaba sayın hocam, Ben Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmamda uyarlamış olduğunuz "Wjma Doğum Beki

Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr> 2 May Per 12:16 ★ 🗑️ 📧
Alıcı: ben ▾

Sevgili Hediye,

W-DEQ A versiyonunu faydalanabileceğin makaleleriyle beraber ekte gönderiyorum. Çalışmada kolaylıklar dilerim.

Sevgiler..

Doç.Dr.Öznur KÖRÜKCÜ

Gönderen: Hediye Kalıpcıoğlu <bassoyhediye@gmail.com>
Gönderildi: 29 Nisan 2024 Pazartesi 14:50:38
Kime: Oznur Korukcu
Konu: Ölçek İzni Hk.

...

YASAL UYARI :

EK 8: Doğuma Hazırlık Eğitim Planı

DOĞUMA HAZIRLIK EĞİTİM PLANI		
	KONU	ALT KONU
1. HAFTA	<ul style="list-style-type: none">• Tanışma• Gebeliğin Oluşumu• Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler	<ul style="list-style-type: none">• Üreme organları ve gebeliğin oluşumu• Bebeğin anne karnında gelişim aşamaları• Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler
2. HAFTA	<ul style="list-style-type: none">• Gebelikte Davranışlar• Gebelikte Tehlike Belirtileri Ve Yapılması Gerekenler	<ul style="list-style-type: none">• Gebelikte genital hijyen ve genel bakım• Gebelikte giyinme• Gebelikte cinsel yaşam• Gebelikte sigara/alkol tüketimi• Gebelikte güvenli egzersizin önemi• Gebelik ve günlük yaşam• Gebelikte tehlike belirtileri (ağrı, kramp, kanama, ateş, amniyotik mayi gelişi vb.)
3. HAFTA	<ul style="list-style-type: none">• Doğum Süreci Ve Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemleri• Doğumu Kolaylaştırıcı Yöntemler	<ul style="list-style-type: none">• Doğum eyleminin belirtileri• Doğumun evreleri• Alternatif doğum yöntemleri• Doğum ağrısında kullanılacak nonfarmakolojik yöntemler• Nefes teknikleri
4. HAFTA	<ul style="list-style-type: none">• Lohusalık Dönemi• Yenidoğan Bakımı	<ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu günlük yaşam• Doğum sonu ruhsal değişiklikler• Emzirme ve anne sütü• Yenidoğana doğum sonu uygulanan taramalar ve aşular• Yenidoğan bebeğin bakımı• Anne bebek bağlanması• Doğum sonu anne ve bebek izlemi



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...



Balıkesir Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası
Çağış Yerleşkesi/BALIKESİR



(0 266) 612 14 62
sagbilen@balikesir.edu.tr
<http://www.balikesir.edu.tr>

