

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRİMİPAR GEBELERDE BİLİNÇLİ  
FARKINDALIK EĞİTİMİNİN DOĞUM  
KORKUSU, DOĞUM ŞEKLİ, DOĞUM  
DENEYİMİ, PRENATAL VE MATERNAL  
BAĞLANMAYA ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Özlem AKIN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL**

**ORDU-2023**

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Özlem AKIN

## TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, sabırlı, üreten, yol gösteren ve paylaşan, her konuda yanımda olduğunu hissettirerek motive eden, gücüme güç katan, yoluma ışık tutan, sevgisi ve bütün kalbiyle en büyük destekçim değerli danışmanım Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Tez izleme komitemde bana emek veren, pozitif enerjileriyle destek olan Doç. Dr. Eda ŞAHİN ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez savunmamda değerli önerileriyle katkı sağlayan ve Prof. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ ve Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a,

W-DEQ A ve B Versiyonu Ölçeği için kullanım izni veren Doç Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ'ye, Prenatal Bağlanma Envanteri için kullanım izni veren Prof. Dr. Sema DERELİ YILMAZ'a, Maternal Bağlanma Ölçeği için kullanım izni veren Prof. Dr. Oya KAVLAK'a, istatistik analizinde öneri ve desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Çalışmama katkı sağlayan, özveride bulunan tüm kadınlara,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve emek veren aileme, sevgisiyle güç katan, uzakları yakın eden, yanı başımda hissettiren sevdiklerime, yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem AKIN

## ÖZET

### **Primipar Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Doğum Korkusu, Doğum Şekli, Doğum Deneyimi, Prenatal ve Maternal Bağlanmaya Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma, primipar gebelere verilen bilinçli farkındalık eğitiminin gebelerin doğum korkusu, doğum şekli, doğum deneyimi, prenatal ve maternal bağlanma üzerine etkililiğini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Randomize kontrollü deneysel tipteki araştırmaya primipar gebeler (deney grubu=40, kontrol grubu=40) alınmıştır. Veriler 15.10.2021-15.10.2022 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nin A versiyonu (W-DEQ-A), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nin B versiyonu (W-DEQ-B) ile toplanmıştır. Deney grubuna bilinçli farkındalık eğitimi, kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Chi square testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada deney ve kontrol grubu ön test ve son test W-DEQ-A puan ortalamaları farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test-son test PBE toplam puan ortalamaları grup içi karşılaştırması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $p<0.05$ ), ancak gruplar arası eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Doğum sonrası deney ve kontrol W-DEQ-B puan ortalamaları fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son test deney ve kontrol grubu arasındaki doğum sonrası MBÖ toplam puan ortalaması farkı anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Deney grubundaki kadınların %65'i, kontrol grubundaki kadınların %40'ı normal vajinal doğum yapmış, doğum şeklinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0.025$ ).

**Sonuç:** Primipar gebelere verilen bilinçli farkındalık eğitiminin normal doğum oranını artırmada etkili olduğu, ancak doğum korkusu, prenatal ve maternal bağlanma ve doğum deneyimine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bilinçli farkındalık ile ilgili ileri çalışmaların yapılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Primipar gebe, bilinçli farkındalık, doğum korkusu, doğum şekli, maternal bağlanma, hemşirelik

## ABSTRACT

### **The Effect of Mindfulness Education on Fear of Childbirth, Mode of Delivery, Childbirth Experience and Prenatal and Maternal Attachment in Primiparous Pregnant Women**

**Aim:** The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness education for primiparous pregnant women on fear of childbirth, mode of birth, birth experience, prenatal and maternal attachment.

**Material and Method:** Primiparous pregnant women (experimental=40, control=40) were recruited for a randomized controlled study. Data were collected using the Personal Information Form, the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A (W-DEQ-A) and Version B (W-DEQ-B) the Prenatal Attachment Inventory (PAI), the Maternal Attachment Inventory (MAI), and the between October 15, 2021, and October 15, 2022. The experimental group received mindfulness education, while the control group received routine care. Descriptive methods, Chi-square test, t-test for dependent and independent groups, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon test were used in the analysis of the data.

**Results:** In the study, the difference between the pretest and posttest W-DEQ-A scores of the experimental and control groups was not significant ( $p>0.05$ ). The difference between the pretest and post-test PAI total score averages of the women in the experimental and control groups was statistically significant ( $p<0.05$ ), but the difference between the groups' mean scores before and after the education was not significant ( $p>0.05$ ). The difference in the postpartum experimental and control W-DEQ-B scores was not statistically significant ( $p>0.05$ ). There was no significant difference in the postpartum MAI total score between the post-test experimental and control groups ( $p>0.05$ ). It was determined that 65% of the women in the experimental group and 40% of women in the control group had a normal vaginal delivery, and mode of delivery was found to be statistically significant ( $p=0.025$ ).

**Conclusions:** Mindfulness education given to primiparous pregnant women was effective in increasing the normal birth rate, but had no effect on fear of birth, prenatal and maternal attachment, and birth experience. Further studies on mindfulness are recommended.

**Keywords:** Primiparous pregnant women, mindfulness, fear of childbirth, mode of birth, maternal attachment, nursing

## İÇİNDEKİLER

<b>KAPAK</b> .....	
<b>ONAY</b> .....	
<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	I
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	II
<b>ÖZET</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	V
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	VIII
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	IX
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	X
<b>EKLER</b> .....	XI
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Bilinçli Farkındalık .....	5
2.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar .....	7
2.3. Gebelikte Bilinçli Farkındalık .....	9
2.3.1. Gebelikte Doğum Deneyimi ve Bilinçli Farkındalık .....	11
2.3.2. Gebelikte Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık .....	13
2.3.3. Gebelikte Prenatal, Maternal Bağlanma ve Bilinçli Farkındalık .....	16
2.3.4. Gebelikte Doğum Şekli ve Bilinçli Farkındalık .....	19
2.4. Bilinçli Farkındalık ve Hemşirelik .....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	23
3.1. Araştırmanın Türü .....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.3.1. Araştırmanın Çalışma Grubu Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri .....	24
3.3.2. Araştırma Çalışma Gruplarının Oluşturulması .....	25
3.3.3. Randomizasyon ve Körleme .....	25
3.4. Veri Toplama Araçları .....	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu .....	26

3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu .....	27
3.4.3. Prenatal Bağlanma Envanteri .....	27
3.4.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu .....	28
3.4.5. Maternal Bağlanma Ölçeği .....	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	29
3.5.1. Çalışmanın Protokolü .....	29
3.6. Müdahale Basamakları .....	32
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.8. Verilerin Analizi .....	36
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.10. Araştırmanın Güçlü Yanı ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler .....	38
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	38
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	38
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>48</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>55</b>
6.1. Sonuçlar .....	55
6.2. Öneriler.....	57
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>59</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>85</b>
<b>EK 1: G*Power Çalışma Grubu Belirlenmesi.....</b>	<b>85</b>
<b>EK 2: Randomizasyon Listesi .....</b>	<b>86</b>
<b>EK 3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu .....</b>	<b>87</b>
<b>EK 4: Prenatal Bağlanma Envanteri.....</b>	<b>90</b>
<b>EK 5: Maternal Bağlanma Ölçeği .....</b>	<b>91</b>
<b>EK 6: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu.....</b>	<b>92</b>
<b>EK 7: Kişisel Bilgi Formu .....</b>	<b>94</b>
<b>EK 8: Postpartum Soru Formu .....</b>	<b>95</b>
<b>EK 9: Görüşü Alınan Uzmanlar .....</b>	<b>96</b>
<b>EK 10: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu).....</b>	<b>97</b>
<b>EK 11: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu).....</b>	<b>98</b>
<b>EK 12: Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitimi Sertifikası.....</b>	<b>99</b>
<b>EK 13: Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitim Broşürü .....</b>	<b>100</b>

<b>EK 14:</b> Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu.....	101
<b>EK 15:</b> Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu...	102
<b>EK 16:</b> Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu Ölçeği Kullanım İzni .....	103
<b>EK 17:</b> Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni .....	104
<b>EK 18:</b> Maternal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni .....	105
<b>EK 19:</b> Etik Kurul İzni .....	106
<b>EK 20:</b> İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	107
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	108



## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 3.1.</b> Consort Akış Şeması	26
<b>Şekil 3.2.</b> Çalışma Akış Şeması	31

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study Design).....	24
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.... Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Testte W-	40
<b>Tablo 4.2.</b> DEQ-A Versiyonundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.3.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Testte W- DEQ-A Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.4.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4.5.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test W- DEQ-A Versiyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
<b>Tablo 4.6.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.7.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test W- DEQ-B Versiyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.8.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 4.9.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Salonuna Kabul Edildiği Gebelik Haftasının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.10.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.11.</b> Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların W-DEQ-A Versiyonu Puan Ortalamalarının Ön Test-Son Test Grup İçi Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.12.</b> Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test-Son Test PBE Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması..	47

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	:	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
OECD	:	Organisation for Economic Cooperation and Development/Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SPIRIT	:	Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials/Standart Protokol Maddeleri: Girişimsel Deneyler için Öneriler
ACOG	:	American College of Obstetricians and Gynecologists/Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
W-DEQ-A	:	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu
W-DEQ-B	:	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B versiyonu
PBE	:	Prenatal Bağlanma Envanteri
MBÖ	:	Maternal Bağlanma Ölçeği
Mindfulness	:	Bilinçli Farkındalık
CONSORT	:	Consolidated Standards of Reporting Trials
SS	:	Standart Sapma
Ort	:	Ortalama

## EKLER

<b>Ek No</b>		<b>Sayfa No</b>
<b>Ek 1.</b>	G*Power Çalışma Grubu Belirlenmesi.....	88
<b>Ek 2.</b>	Randomizasyon Listesi.....	89
<b>Ek 3.</b>	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu.....	90
<b>Ek 4.</b>	Prenatal Bağlanma Envanteri.....	93
<b>Ek 5.</b>	Maternal Bağlanma Ölçeği.....	94
<b>Ek 6.</b>	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu.....	95
<b>Ek 7.</b>	Kişisel Bilgi Formu.....	97
<b>Ek 8.</b>	Postpartum Soru Formu.....	98
<b>Ek 9.</b>	Görüş Alınan Uzmanlar.....	99
<b>Ek 10.</b>	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu).....	100
<b>Ek 11.</b>	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu).....	101
<b>Ek 12.</b>	Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitimi Sertifikası.....	102
<b>Ek 13.</b>	Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitim Broşürü.....	103
<b>Ek 14.</b>	Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu.....	104
<b>Ek 15.</b>	Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu.....	105
<b>Ek 16.</b>	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu Ölçeği Kullanım İzni .....	106
<b>Ek 17.</b>	Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni.....	107
<b>Ek 18.</b>	Maternal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni.....	108
<b>Ek 19.</b>	Etik Kurul İzni.....	109
<b>Ek 20.</b>	İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	110

## 1. GİRİŞ

Kadın hayatındaki en önemli deneyimlerden olan gebelik ve doğum, kadında mutluluk, neşe, olgunluk ve doyum sağlayabileceği gibi, endişe ve kaygı gibi duygulara da yol açabilmektedir (Bülbül ve ark., 2016). Kadınların çoğu gebelikte gelişen psikolojik değişikliklere genellikle uyum sağlarken, bazı kadınlarda içe dönüklük, belirsizlik, bağımlılık, pasif kişilik, kaygı ve korku gibi psikolojik problemler görülebilmektedir (Bülbül ve ark., 2016). Doğum öncesi kaygının bir biçimi, bazen gebelik ile ilgili kaygı veya tokofobi olarak da bilinen doğum korkusudur (Nilsson ve ark., 2018). Olumsuz doğum sonuçları ile doğum korkusu arasında güçlü bir ilişki bulunmakta, annenin psikolojik iyi oluşunu, anneliğe uyumunu, anne ve bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir (Pazzagli ve ark., 2015; Smarandache ve ark., 2016). Doğum korkusu gebe kadınların sezaryen ile doğumu tercih etme nedenlerinden biridir, bu da tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen ile doğuma neden olurken tıbbi kaynakların israfına ve sosyoekonomik yükün artmasına yol açmaktadır (Rouhe ve ark., 2013). Doğum korkusu riski taşıyan kadınların erken teşhisi, gebelik ve doğum sonrası dönemde kadın sağlığının iyileştirilmesi için klinik öneme sahiptir. Bu nedenle, kapsamlı değerlendirmeler ile doğum korkusuna yönelik dikkat gereklidir (Khwepeya ve ark., 2018). Doğum korkusu için doğum öncesi müdahaleler ile kadınların korkusu azaltılabilirken yine de kadınlar için önerilen en iyi yaklaşım konusunda bir fikir birliğine varılamamıştır (Stoll ve ark., 2018).

Bilinçli farkındalık temelli eğitim programlarına olan ilgi, son 20 yılda ciddi derecede artış göstermektedir (Pan ve ark., 2019). Bilinçli farkındalık kavramı yargılayıcı olmadan, o ana odaklanan bir farkındalığı benimsemek ve zihni eğitmek amacıyla uygulanmakta (Conley ve ark., 2017; Kabat-Zinn, 1990) ve gebe kadınların durumunu iyileştirebilmektedir (Duncan ve ark., 2010). Meditasyon gibi bilinçli farkındalık temelli eğitimler, yetişkinlerde algılanan stres, kaygı ve depresyonun azalmasıyla ilişkilendirilmektedir (Brown ve Ryan, 2003). Ayrıca bilinçli farkındalık temelli eğitimler kadınların doğal olarak meydana gelen fizyolojik değişiklikler de dahil olmak üzere benzersiz stres etkenleriyle karşılaştığı gebelik döneminde önem taşımaktadır (Lee ve ark., 2007).

Bilinçli farkındalık kavramı, duygu düşüncelerin “an be an” değiştiğini fark etmeye, bireylerin kendilerine ve başkalarına karşı nezaket ve şefkat duymalarına olanak sağlamaktadır (Keng ve ark., 2012). Bilinçli farkındalığa dayanan uygulamalar bilişsel davranışçı terapinin öğelerini ve psiko-eğitimsel içeriği bir araya getirerek stresle ilişkili belirtileri azaltmayı, fiziksel ve zihinsel rahatlamayı sağlamaktadır (Goldberg ve ark., 2018). Bilinçli farkındalık uygulamaları, gevşeme veya ruh hali yönetimi için geliştirilen bir teknik olmayıp strese neden olabilecek veya psikopatolojiyi sürdürebilecek tepkisel zihin durumlarına duyarlılığı azaltmayı sağlayan bir bilişsel eğitim biçimidir (Baer, 2003). Uygulamalar, bilişlerin, duyguların, algıların ve fiziksel duyuların anlık deneyimine odaklanmayı ve bunların ortaya çıkıp geçip gitmelerini gözlemlemeyi içerir. Aynı zamanda otomatik pilota tanıdık durumlardan geçmek veya zor durumlara otomatik olarak tepki vermek yerine, anı gözlemlemeye ve anı kabul etmeye odaklanır. Bilinçli farkındalığın temel ilkelerinden biri, bireylerin düşünce ve duygularını meraklı ve kabul edici bir şekilde fark ederek bu fenomenlere karşı daha fazla tolerans geliştirmeleri ve bunların geçici olduklarını fark edebilmeleridir. Böylece bireylerin dürtüsel olarak tepki verme olasılıkları azalmaktadır (Heppner, 2015). Bilinçli farkındalık yemek yemek, yürümek, egzersiz yapmak, başkalarıyla etkileşim kurmak gibi günlük aktiviteler sırasında uygulanabilmekte ve çeşitli meditasyon tekniklerinin anahtarı olabilmektedir (Babbar ve ark., 2021). Bu teknikler, gebelik ve doğum konusunda endişe duyan kadınlara yardımcı olabilir. Gebe kadınlar için bilinçli farkındalık eğitim programlarına yönelik son araştırmalar, depresyon semptomlarında azalma, anksiyete, gebelikle ilişkili stresin azalması ve doğum öz yeterliliğinin artması gibi genel olarak olumlu etkiler göstermiştir (Dunn ve ark., 2012; Khoury ve ark., 2013; Byrne ve ark., 2014; Duncan ve ark., 2017). Bu uygulamalar, gebelikle ilgili değişikliklerin yanı sıra özdenetim, kaygı, depresyon, stres ve duygusal düzenleme ile başa çıkmasına yardımcı olabilecek teknikler sunduğundan gebeler için önerilebilmektedir (Lucena ve ark., 2020). Doğum öncesi bakım alma gebe kadının psikolojik sorunları ile daha fazla ilgilenmesi, korku ve endişeleri bu alanda uygun müdahalelerin yapılmasına yol açabilmekte ve bunun sonucunda annelerin fetüse olan bağlılıkları da artmaktadır (Golmakani ve ark., 2021). Gebelere özel bilinçli farkındalık temelli başa çıkma stratejilerini içeren bir çalışmada doğum öz yeterliliğinin artması, ağrı kesici ilaç

kullanımının azalması ve doğum sonrası depresyon belirtilerinin önlenmesi de dahil olmak üzere anne ruh sağlığını olumlu etkilediği ve doğum öz yeterliliğinde önemli artışlar sağladığı belirtilmiştir (Duncan ve ark., 2017)

Bilinçli farkındalık uygulamaları, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde yapılabilmektedir (Woolhouse ve ark., 2014). Anne farkındalığı, doğum deneyimini olumlu yönde değiştirebilir. Son zamanlarda sıklıkla karşılaşılan bilinçli farkındalık kavramı kanıta dayalı, bireylere tamamlayıcı bir yaklaşım sunarak psikolojik uyumu iyileştirebileceği ve gebelere faydalı olabileceği konusunda umut vaat edebilmektedir. Psikolojik sıkıntıyı azaltmaya yönelik bilinçli farkındalık uygulamaları, kısa ve nonfarmakolojik yapıları sebebiyle gebelik için uygun olabilir. Ayrıca farklı popülasyonlarda tamamlayıcı bir tedavi olarak faydalı etkileri olduğu gösterildiğinden, daha büyük örneklem boyutları ve biyolojik değerlendirmeler içeren daha fazla randomize klinik çalışmalarda yer alması önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün doğum öncesi bakım ve eğitim önerileri doğrultusunda hedeflenen sezaryen ile doğum oranlarına ülkemizde ulaşmak için sağlık kurum ve kuruluşlarındaki gebe okullarında eğitim vermektedir. Doğum öncesi bakım sürecinde gebelerin farkında, sağlıklı bir gebelik süreci geçirmeleri, yenidoğanlarına daha bilinçli bakım verebilmeleri adına, artan sezaryen ile doğum oranlarının azaltılması konusunda etkili eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bilinçli farkındalık uygulamaları, kadınların gebelik döneminde karşılaştığı olumsuz duygularla baş etmeleri, şimdiki anda kalabilmeleri ve daha derin bir esenlik duygusu geliştirebilmeleri açısından şimdiki anda kalıp bu süreci doyasıya yaşamalarına fırsat tanımaktadır. Ülkemizde gebelerde bilinçli farkındalık eğitiminin gebelik sınıflarına programına dahil olabilmesi ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi, bilinçli farkındalığın yaşamlarına entegre edilmesiyle gebeler ve bebekleri için zihinsel sağlığa yönelik yararları olabileceği de düşünülmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bilinçli farkındalığın zihinsel sağlığı geliştirmedeki çeşitli faydaları göz önüne alındığında, bu çalışmanın amacı, primipar gebelere verilen bilinçli farkındalık eğitiminin gebelerin doğum korkusu, doğum şekli, doğum deneyimi, prenatal ve maternal bağlanma üzerine etkililiğini incelemektir.

## 1.2. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>1</sub>:** Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum korkusu kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusundanda farklıdır.

**H<sub>2</sub>:** Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyinden farklıdır.

**H<sub>3</sub>:** Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum sonrası maternal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin maternal bağlanma düzeyinden farklıdır.

**H<sub>4</sub>:** Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranı kontrol grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranından farklıdır.

**H<sub>5</sub>:** Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum deneyimi kontrol grubundaki gebelerin doğum deneyiminden farklıdır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bilinçli Farkındalık

Farkındalık, düşüncelerin, duyguların, bedensel duyuların, çevrenin, merakla ve kabul edici bir tavırla an be an dikkatin verilmesi anlamına gelir. Farkında olmak, yargılayıcı olmadan, meraklı, kabul edici, dostça ve şefkatli olmakla ilişkilendirilir (Baer ve ark., 2019). Farkındalık, kişinin deneyimlerini yargılamadan şimdiki ana odaklanarak belirli bir amaca dikkat etmesiyle ortaya çıkar (Taylor ve ark., 2016). Ayrıca frontal bölgedeki kortikal bölgenin aktivitesini artırır, savaş ya da kaç tepkisinde önemli olan sinir bölgelerindeki fonksiyonel iletişimi azaltır (Creswell ve Lindsay, 2014).

Bilinçli farkındalık kavramı ise yargısız ve kabullenme tutumu ile şimdiki ana dikkatini vererek odaklanma olarak tanımlanır (Kabat-Zinn, 2013). Başka bir deyişle, kişinin şu anda hem kendi içinde hem de çevresinde olup bitenleri, fark edileni yargılamadan gözlemlemesini sağlar. Kişinin düşünce ve duygularından kurtulmasına ve bunun yerine onları basitçe gözlemlemesine izin verir (Shapiro ve ark., 2006). Bilinçli farkındalıkta amaç, hoş olmayan duyguları bastırmak veya bu alışkanlıklardan kaçınmak değildir. Kabul etme ve yeniden değerlendirme gibi uyarlanabilir stratejiler kullanarak duyguların farkına varmaktır (Treleaven, 2018).

Bilinçli farkındalıkta temel ilke, bireylerin daha fazla farkındalığını, bireyin anlayışını, başa çıkma mekanizmalarını ve refahını iyileştirebileceği ve olumsuzluğu azaltabileceğidir (Khoury ve ark., 2013). Bilinçli farkındalık, her bireyin bir dereceye kadar sahip olduğu doğal bir insan özelliğidir ve programlar, “otomatik pilottan” kaçmayı ve kişinin kendi deneyimlerinin bir gözlemcisi olarak bu özelliğin geliştirilmesine, hoş olmayan duygu ve düşüncelerle baş etmeye yardımcı olabilmektedir (Kabat-Zinn, 2003). Otomatik pilot, şimdiki andaki duyusal algının bilincinde olmadan veya bilinçli bir hedef olmaksızın hareket edilen bir zihin durumu olup bireylerin mevcut eylem ve deneyimlerinin farkında olmaması, dikkat vermemesi, düşüncelerinin ve davranışlarının kontrolü dışında gerçekleşmesi olarak açıklanmaktadır. Bireylerin farkındalıkla hareket etmeleri otomatik pilotta olmanın tam tersi olarak belirtilmektedir (Baer ve ark., 2006). Rutin günlük aktivitelerimizde farkında olmadan, farklı şeyler düşünülür. Bu otomatik bilişler ve bilişsel geniş

getirme olarak bilinen ruminatif düşüncelerin çoğu bireyin farkındalığının dışında gerçekleşmekte ve duyguları olumsuz etkilemektedir (Ögel, 2015).

Jon Kabat-Zinn bilinçli farkındalık uygulamasının temel tutumlarını “yargılamama, başlangıç zihni, çabalamama, güven, sabır, kabul, bırakma” şeklinde belirtmektedir. “Yargılamama”, an be an deneyimlere dikkat vermek, bunu yaparken düşüncelerin, beğenileri ve beğenilmeyenleri bir kenara bırakıp yaşadıkları deneyimi gözlemlenme; “başlangıç zihni”, her şeyi ilk kez görüyorsa istekli olma; “çabalamama”, bir şeye ulaşırken çaba göstermeden her şeyi olduğu gibi görmeyi; “sabır”, bazı şeylerin zaman içerisinde kendi halinde, istediği ve gereksinimi olduğu anda ortaya çıktığını kabul etme; “güven”, bireyin kendi sezgilerine ve otoritesine güvenmesi; “kabul”, her şeyi görmek istediğimiz gibi değil şu anda olduğu haliyle görmek; “bırakma”, bir şeyin olduğu gibi olmasına izin vermek, olduğu haliyle kabul etmek şeklinde açıklanmaktadır (Kabat Zinn, 2021, s:66).

Baer ve arkadaşları (2006) bilinçli farkındalığın beş yönünü tanımlamaktadır. “Gözlemlenme yönü”; duyguları, algıları ve duyumları fark etmeyi, “tanımlayıcı yönü”; içsel deneyimleri etiketlemek için kelimelerin kullanımını, “farkındalık yönü”, dikkati dağılmadan şimdiki ana odaklanma yeteneğini, “yargılamama yönü”, olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerden kaçınarak kişinin düşüncelerine ve deneyimlerine karşı tarafsız bir duruş sergilemesini, “tepkisiz olma yönü”, sakin olmayı, duygu ve düşüncelerin gelmesine ve gitmesine, onlara kapılıp gitmek veya tepki vermek yerine gelip gitmesine izin vermedir.

Bilinçli farkındalığın psikolojiye girmesinden bu yana, araştırmacılar öz bildirim anketlerini kullanarak ölçüm yapmaktadırlar. Son zamanlarda geliştirilen ölçekler arasında Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Brown ve Ryan, 2003), Kentucky Farkındalık Becerileri Envanteri (Baer ve ark., 2004), Bilişsel Duygusal Bilinçli-Farkındalık Ölçeği-Revize (Feldman ve ark., 2007), Freiburg Farkındalık Envanteri (Walach ve ark., 2006), Toronto Farkındalık Ölçeği (Lau ve ark., 2006) ve Beş Yönlü Farkındalık Anketi (Baer ve ark., 2006) bilinçli farkındalığı ölçmede kullanılmaktadır. Ülkemizde ise bireylerin bilinçli farkındalığının düzeyi; Özyeşil ve arkadaşlarının 2011 yılında geliştirdiği bilinçli farkındalık ölçeği ile ölçülebilmektedir.

## 2.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar

Doğduğu topraklarda yaklaşık 2500 yıllık bir geçmişe sahip olan bilinçli farkındalık kavramı, son zamanlarda batı dünyasında birçok araştırmacının dikkatini çekmektedir (Kang ve Whittingham, 2010). Bilinçli farkındalık kavramının kökeni Pali dilindeki “sati” kelimesidir. Sati kelimesi hatırlama, farkındalık ve dikkat anlamını taşımaktadır (Germer, 2004). Hatırlamak kelimesi, anılarla beraber yaşamak anlamı taşımaz, anıları kabul ederek dikkati şu ana, deneyimlere vermek anlamına gelir (Özyeşil, 2011). Farkındalık meditasyonu, yüzyıllarca süren Budist felsefesinden gelmektedir. 20. yüzyılın sonlarında, bu uygulamalar, fiziksel ve zihinsel hastalıkları tedavi etmek için Batı müdahalelerine dahil edilmiştir. Araştırmacılar ve klinisyenler farkındalık felsefesini pratiğe dönüştürmeye başladıklarından beri, farkındalığın geliştirilmesi klinik psikolojide büyük önem taşımaktadır. Literatürdeki yeni bir değişiklik ise çok çeşitli psikolojik semptom ve bozukluklara karşı klinik bir araç olarak etkinliğini araştırmaya başlamıştır (Kabat-Zinn, 1982).

Psikolojide farkındalığın uygulanması, kronik ağrının tedavisi için geliştirilen bilinçli farkındalık temelli stres azaltma terapisi ile başlamıştır (Kabat-Zinn, 1982). Kabat-Zinn ilk olarak kronik ağrıyı tedavi etmek için bilinçli farkındalık uygulamalarını tanıtarak farkındalık temelli stres azaltma adlı bir eğitim programı geliştirmiştir. Daha sonra, Segal ve arkadaşları (2002) depresyonun önlenmesi için bilişsel davranışçı terapi ve farkındalık tekniklerini birleştiren ve farkındalık temelli bilişsel terapi olarak adlandırılan bir tedavi programı geliştirerek, farkındalık meditasyonunun kullanımını psikiyatride genişletmiştir. Bu programlar genellikle yaklaşık 12 kişilik, sekiz haftalık 2-2.5 saatlik derslerden oluşmaktadır. Ayrıca, programda bir günlük inziva yer almaktadır. Bilinçli farkındalık temelli uygulamaların önemli bir özelliği hem dikkat kontrolü bileşenini hem de farkındalığın yargılayıcı olmayan tutumsal yönlerini geliştirmek için formal ve informal farkındalık uygulamaları eğitimleridir (Crane ve ark., 2017).

Bilinçli farkındalık uygulamalarının hedefleri; dikkat kontrolü, duygu düzenleme, kendine ve başkalarına karşı şefkati içerir (Yang ve ark., 2019). Bu uygulamalar, kişinin düşüncelerinin, duygularının ve bedensel duyularının farkında olma ve kabul etme, stres toleransı oluşturma, tepkiselliği azaltma ve rahatsız edici

deneyimlerden kaçınma pratiğini edinmeye teşvik etmektedir (Kabat-Zinn, 1990). Bilinçli farkındalık tekniklerinin düzenli ve tutarlı bir şekilde uygulanması, farkındalığın geliştirilmesini kolaylaştırarak böylece hem kısa hem de uzun vadede kişinin farkındalık düzeylerini artırmaya hizmet etmektedir (Hölzel ve ark., 2011).

Bilinçli farkındalık uygulamalarının ana teknikleri arasında meditasyon, beden taraması, farkındalıkla yürüme, nefes farkındalığı ve farkındalık yogası yer almaktadır (Kabat-Zinn, 2003). Bilinçli farkındalık uygulamaları, formal ve informal uygulamalar olmak üzere ikiye ayrılır. Formal uygulamalar, meditasyon ağırlıklı olup (Goyal ve ark. 2014) beden taraması, farkındalıkla hareket etme ve oturma, nefes meditasyonu gibi egzersizleri içermektedir. İnfomal uygulamalar ise günlük yaşam aktivitelerini bilinçli farkındalıkla gerçekleştirerek günlük yaşamına entegre etmeyi (Cigolla ve Brown, 2011), günlük yaşamda bireylerin yürüme, yemek yeme ve duş alma gibi aktiviteleri bilinçli farkındalıkla gerçekleştirmesini amaçlamaktadır (Cigolla ve Brown, 2011).

Uygulamalar, bireylere yargılayıcı olmadan dikkate odaklanarak verilen otomatik tepkilerin azaltılmasına olanak tanımaktadır (Baer, 2003). Literatürde bilinçli farkındalık eğitimleri ile yapılan çalışmalarda, hipertansiyonu veya yüksek tansiyonu olan kişilerde sistolik ve diyastolik kan basıncında azalma olduğu (Solano Lopez, 2018; Intarakamhang ve ark., 2020), kronik ağrı (Khoo ve ark., 2019), irritabl bağırsak sendromu (Gaylord ve ark., 2011), multipl skleroz (Grossman ve ark., 2010), madde kullanım bozukluğu (Cavicchioli ve ark., 2018), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Zhang ve ark., 2018), bilişsel bozukluk (Farhang ve ark., 2019), fibromiyalji (Schmidt ve ark., 2011), yeme bozukluğu (Turgon ve ark., 2019), uykusuzluk (Rash ve ark., 2019) yaşayanlar için ruh halini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalığı ile ilgili sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, bilinçli farkındalık temelli yeme bozukluğu müdahalesinin beden algısını geliştirirken beden imajı endişesini ve olumsuz duygulanımı azaltmaya yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Beccia ve ark., 2018). Anksiyete bozukluğu teşhisi konan kişilerde de depresyon ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu (Sevilla-Llewellyn-Jones ve ark., 2018), stresli üniversite öğrencilerinde stresi azaltarak farkındalığı ve kendine şefkati geliştirdiği (Huberty ve ark., 2019), kanser hastalarında özellikle kansere bağlı yorgunluk ve ağrı gibi fiziksel

sağlık sonuçları üzerinde ve psikolojik faydaları olduğu (Ngamkham ve ark., 2019; He ve ark., 2020), meme kanserli hastalarda ruminasyonu ve endişeyi hafifleterek depresif ve uyku bozukluğu semptomlarını azalttığı (Shao ve ark., 2021) görülmüştür. Bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin stres aracılı bir hormon olan kortizol seviyeleri üzerindeki etkilerinin incelendiği beş randomize kontrol çalışmanın meta-analizinde, sağlıklı yetişkin popülasyonlarda yararlı bir etkisinin olabileceğini belirtmiştir (Sanada ve ark., 2016).

### **2.3. Gebelikte Bilinçli Farkındalık**

Gebelik, annenin zihinsel tutumunu önemsemek, farkındalığı sağlamak ve duygusal pozitifliği desteklemek için önemli bir zamandır (Donegan, 2015). Bilinçli farkındalık anneye perinatal dönem ve sonrasında da destek sunabilmektedir (Cohen ve ark., 2010; Fisher ve ark., 2012). Literatürde bilinçli farkındalığa dayanan uygulamalar, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ve ebeveynliğe uyarlanarak gebelikte stresi, doğum sırasında ağrı ve korkuyu azaltmak, ebeveynliği bilgelik ve şefkatle desteklemek ve nesiller arası aktarılan doğuma yönelik acı ve ıstırap kalıplarını önlemek amacıyla yapılmaktadır (Duncan ve Bardacke, 2010; Bardacke, 2012). Bilinçli farkındalık eğitimine katılan gebelerin uygulama boyunca farkındalık seviyelerinin arttığı belirtilmektedir. Ayrıca bilinçli farkındalık uygulamasının, değişen zihinsel ve fizyolojik durumları, onları değiştirmeye çalışmadan olduğu gibi kabul etme ve gözlemlene kapasitesini geliştirdiği varsayılmıştır (Beattie ve ark., 2014).

Bilinçli farkındalık eğitimi; ilk olarak fiziksel şikayetleri ve mevcut kronik rahatsızlığı olan, ağrı ve stres yaşayan bireyler için geliştirilerek bireylere ağrıyla daha iyi başa çıkmaları ve stresi azaltmalarına yardımcı olmuştur (Kabat-Zinn, 1982). Gebeliğin getirdiği başlıca sorunlar ve yaşanan psikolojik değişimler konusunda gebe popülasyonu için potansiyel olarak etkili olabileceği görülmektedir.

Gebelerde bilinçli farkındalık eğitimi, zihinlerini stres ve rahatsızlık düşünceleri arasında dolaşırken bulduklarında tekrar nefes almaya odaklanmalarına yardımcı olan nefes alma farkındalığı sağlar. Ayrıca kadının vücudundaki fiziksel duyuların farkına vararak şimdiki ana bağlanmasını sağlayan beden taraması ve dikkatini fetüse, bedendeki varlığına ve hareketlerine odaklayan bebekle anda birlikte olmak, kendine

ve başkalarına karşı öz şefkate odaklanan, anne-bebek bağına kolaylaştıran ve doğum sonrası zorluklara eşlik edebilen uygulamaları içerir (Bardacke, 2012). Gebeler için doğum ağrısı ve doğum korkusuyla başa çıkma stratejileri ya da eş desteği gibi eğitim programları geliştirilebilir. Doğumdan sonra ise ebeveynlik durumlarının zorluklarıyla karşı karşıya gelindiğinde sakin kalmak için bilinçli farkındalık uygulamaları kullanılabilir. Bu doğrultuda doğumdan sonra ebeveynlerin, zorluklarla yüzleşirken sakin kalmak adına farkındalık becerilerini kullanabileceği düşünülerek, Bardacke (2012) tarafından anne baba adayları için bir bilinçli farkındalık eğitimi geliştirilmiştir (Bardacke, 2012). Mevcut literatür, bilinçli farkındalığın kişiden kişiye değişen bir yatkınlık özelliği olarak anlaşılmasına rağmen bireylerin bilinçli farkındalık temelli eğitimler ve içerdiği uygulamalarla farkındalık düzeylerini artırabileceğini öne sürmektedir (Brown ve Ryan, 2003; Baer ve ark., 2006; Falkenström, 2010). Bilinçli farkındalık temelli bir eğitim, anne adaylarının gebelikte sıklıkla yaşanan ağrı ve rahatsızlıklarla baş etmelerinde, doğuma bağlı ağrılarda ve emzirme dönemi de dahil olmak üzere doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek ağrılarda da faydalı olabilmektedir. Ayrıca gebelik, doğum süreci ve doğum sonrası süreçte fiziksel ve zihinsel sağlığı ve esenliği destekleyen yenilikçi ve tamamlayıcı becerilere dayalı bir eğitim yaklaşımı sağlayabilmektedir (Dimidjian ve Goodman, 2014).

Son yıllarda uygulanan farkındalık programlarında doğum öncesi eğitime bilinçli farkındalık eğitimi entegre edilerek gebelik sırasında kaygı, depresyon ve stres oranlarının azaltıldığı ve doğum öz yeterliliği ve farkındalığın geliştirildiği görülmektedir (Byrne ve ark., 2014; Woolhouse ve ark., 2014; Veringa ve ark., 2016). Doğum öncesi bilinçli farkındalık temelli doğum eğitiminin algılanan stres, depresif belirtiler, zihin durumu, doğum öz yeterliliği, kaygı ve gebelik sırasında ölçülen bilinçli farkındalık düzeyinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir (Byrne ve ark., 2014; Duncan ve ark., 2017; Lonnerberg ve ark., 2019; Warriner ve ark., 2018). Nyklíček ve arkadaşları (2018), gebelik sırasında bilinçli farkındalık uygulamalarının hem annenin depresyon semptomlarını hem de bebeğin doğumdaki ağırlığını iyileştirebileceğini belirtmiştir. Eşleri gebe olan erkeklerle yapılan bir çalışmada; perinatal dönemde farkındalık eğitiminin duygu ve stres düzenlemesini iyileştirdiği ve partnerlerin gebelerle daha derin bir bağlanma yaşadığı belirtilmiştir (Jones ve ark., 2017). Pan ve arkadaşları (2019) bilinçli farkındalık temelli eğitimin doğum sonrası

dönemde psikolojik sağlığı iyileştirdiği, doğum sonrası kadınlarda stres ve depresyonun iyileştirilmesinde sekiz haftalık müdahalenin etkili olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle, gebelik sırasında uygulanan bilinçli farkındalık programlarının, gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınların ruh sağlığını geliştirmek için etkili bir yaklaşım olabileceği belirtilmiştir. Bilinçli farkındalığa dayanan uygulamalar, gebeler ve yeni anneler için önemli olan yeteneklerin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (Hall ve ark., 2016). Literatürde gebeler üzerinde bilinçli farkındalık uygulamalarının etkilerini değerlendiren çalışma sayısı sınırlı olup yürütülen çalışmalar çoğunlukla pilot çalışmalardır ve doğum sonrası dönem ve eşlerle ilgili çalışmalara yönelik veriler az sayıdadır.

### **2.3.1. Gebelikte Doğum Deneyimi ve Bilinçli Farkındalık**

Kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kendi sağlıklarını, bebeklerinin sağlık ve esenliğini etkileyebilecek fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel değişikliklere uğramaktadırlar (Jha ve ark., 2018).

Pozitif doğum deneyimi, uygulamada yetkin klinik personel ile duygusal desteğin olduğu, kadının önceki kişisel ve sosyokültürel inançlarını ve beklentilerini karşılayan, psikolojik olarak güvenli bir alanda, sağlıklı bir bebeğin doğumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018).

Kadınların olumsuz doğum deneyiminin doğum sonu dönemde depresyon (Bell ve Andersson, 2016) ve doğumla ilişkili travma sonrası stres belirtileri (Ayers ve ark., 2016; Dekel ve ark., 2017; Grekin ve O'Hara, 2014) gibi ruh sağlığı sorunları için bir risk faktörü olduğu, sonraki doğumlarda sezaryen ile doğum isteğine (Storksens ve ark., 2015) neden olduğu, doğum sonrası depresyon (Bell ve Andersson, 2016) riskinde artışa yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca emzirme (Brown ve Jordan, 2013) ve anne-çocuk ilişkisinde (Elmir ve ark., 2010) doğum deneyimi etkili olmaktadır. Bu nedenle, olumsuz bir doğum deneyiminin etkileri hem kişisel hem de toplumsal düzeyde maliyetli olabilmektedir.

Doğum eyleminin olumlu deneyimlenmesi, doğum sonrası sağlık üzerinde etkiliyken kadınların annelik rolüne uyum sağlamasına yardımcı olabilmektedir (Dahlberg ve Aune, 2013). Storksens ve arkadaşları (2015) olumsuz bir doğum deneyiminin doğum korkusu geliştirme riskinin yanı sıra elektif sezaryen geçirme

riskinin artmasıyla en güçlü şekilde ilişkili olan faktör olduğunu belirtmiştir. Karlstrom ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan nitel tanımlayıcı bir çalışmada, olumlu bir doğum deneyiminin anlamı kişinin gücüne ve doğum yapma yeteneğine güvenmek ve doğumda güven verip destekleyen kişilerle karşılaşmak olarak saptanmıştır. Nitel bir araştırma, doğum öncesi bilinçli farkındalık temelli bir doğum eğitim programına katılan kadınların, doğum planlandığı gibi gerçekleşmese bile doğum sırasında daha kontrollü hissettiklerini göstermiştir (Fisher ve ark., 2012).

Olumlu bir doğum deneyiminin artırılması, doğum sonrası depresyon ve doğumla ilişkili travma sonrası stres belirtilerinin düzeylerini ve bunların anne ve çocuk üzerindeki olumsuz sonuçlarını azaltmak açısından önemlidir. Bilinçli farkındalıkla hareket eden kadınlar daha olumlu bir doğum deneyimi yaşayabilmektedir (Hulsbosch ve ark., 2021). Bilinçli farkındalıkla hareket etmek, içinde bulunulan andaki deneyimlere dikkat etmek olarak tanımlanmaktadır (Brown ve Ryan, 2003). Bu farkındalık doğumda süreçle birlikte kalabilmek, kadınların doğumun yoğunluğu ve acısıyla başa çıkmasına yardımcı olabilmektedir. Gebelerde bilinçli farkındalığa dayalı uygulamalar, olumlu doğum deneyimini artırabilir. Farkındalık düzeyinin yüksek olması karşılaşılan olumsuzluklara yönelik tepkileri azaltabilir ve bu olaylarla başa çıkabilme yetisini geliştirebilir (Bergomi ve ark., 2013). Whitburn ve arkadaşlarının (2014) yaptığı nitel bir çalışmada kadınlarla doğum sancılarını nasıl algıladıkları konusunda görüşülmüş ve iki farklı ruh hali bulunmuştur. İlk ruh halinde sadece dikkate odaklanma değil aynı zamanda tüm deneyimlerin kabulü ile daha olumlu bir doğum deneyimi yaşanmıştır. İkinci ruh halinde dikkat dağınıklığının hakim olduğu doğum deneyiminin daha az olduğu saptanmıştır. Rouhe ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında gebelikte verilen psiko-eğitim müdahalesinin doğum deneyimini olumlu etkilediği saptanmıştır.

Bilinçli farkındalık uygulamaları, doğum sırasındaki kontrolde olmama hissi, ağrı, endişe ve beklenmedik tıbbi müdahaleler gibi olumsuz deneyimlerle etkili bir şekilde başa çıkmayı, tüm dikkati şimdiki anın deneyimine vererek ve şimdiki anla farklı şekilde ilişkilendirerek, açık, yargılamayan ve kabul eden bir tavırla kolaylaştırabilmektedir (Bishop ve ark., 2004). Muhtemelen bilinçli farkındalıkla hareket etme düzeyi yüksek olan kadınlar için, doğumla ilgili düşünceler ortaya



çıkıldığında dikkatlerini yeniden bebeklerine yönlendirmeleri daha kolay olabilmektedir.

### **2.3.2. Gebelikte Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık**

Doğum normal bir fizyolojik süreç olmasına rağmen, aynı zamanda ağrı, mutluluk ve doğum eylemi yönetimi ile de ilişkili olabilmektedir. Doğum korkusu, doğum hakkında düşünerek veya başkalarının doğuma karşı korkulu tepkilerini deneyimleyerek gebelikte, doğum sırasında veya doğum sonrasında belirsizlik ve endişe duygularını ifade etmektedir (Nilsson ve ark., 2018; O'Connell ve ark., 2021).

Doğum korkusu, gebelerin psikolojik sağlık ve doğum deneyimleri üzerinde olumsuz etkiye neden olurken olumsuz obstetrik sonuçlar ve doğum sonrası ruh sağlığı problemleri ile ilişkilendirilmektedir (Slade ve ark., 2019). Serçekuş ve arkadaşları (2020) kadınların %82.6'sının ve eşlerinin %54.3'ünün doğum korkusu yaşadığını ortaya koymuştur. Nilsson ve arkadaşlarının (2018) doğum korkusu prevalansı konulu 24 makalenin sistematik incelemesinde Avrupa, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'daki kadınların yaklaşık %6.3-14.8'inin ciddi doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir. O'Connell ve arkadaşlarının (2017) meta analizinde tokofobi prevalansının %14 olduğu saptanmıştır. Gökçe İşbir ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında Türk gebe kadınların %42.4'ünün doğum korkusu yaşadığı, kadınların en çok korktukları konuların doğum sırasında istenmeyen durumların gelişmesi, bilinmezlik korkusu ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları şeklindedir. Ayrıca düşük eğitim düzeyi, işsizlik durumu, maddi durumun düşük olması, ölü doğum, planlanmamış gebelik, doğum şekli konusunda kararsızlık, doğum öncesi eğitim programlarına katılmama, diğer insanların olumsuz etkileri, yetersiz sosyal destek doğum korkusuna neden olan faktörler olarak belirlenmiştir. Literatürde doğum sırasında epizyotomi, laserasyon, perine yırtığı (Khwepeya ve ark., 2020) ve psiko-sosyal ve kültürel faktörler (Phunyammalee ve ark., 2019), ekonomik durum, doğum sayısı, önceki doğum deneyimi ve tercih edilen doğum şekli (Serçekuş ve ark., 2020), aile desteği (Mortazavi ve Agah, 2018) ve algılanan sosyal desteğin (Azimi ve ark., 2018) doğum korkusu üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir. Ayrıca stres, sosyal destek eksikliği, depresyon ve anksiyete gebelik sırasındaki korku ile bağlantılıdır ve multipar

kadınlarda korku için en güçlü belirteç ise önceki operatif doğum veya olumsuz doğum deneyimi olarak saptanmıştır (Dencker ve ark., 2019).

Bir kadının ilk doğumundan önce ortaya çıkan korku, birincil doğum korkusu iken, ikincil korku genellikle daha önceki doğum tecrübeleriyle ilişkilidir (Lukasse ve ark., 2014). Choudary ve arkadaşları (2021) birincil doğum korkusu için kadınların %19.2'sinin doğum sancısından korktuğu, %24.4'ünün kaygı yaşadığı, %26'sının kontrolünü kaybettiği; ikincil doğum korkusu için, %37.5'inin uzamış doğum eyleminden ve %22.5'inin doğum eyleminden korktuğu saptanmıştır. Literatürde doğum korkusunun primipar kadınlarda multipar kadınlara göre daha şiddetli olduğu saptanmıştır (Fenwick ve ark., 2015; Shakarami ve ark., 2021).

Doğum korkusu, gebeliğe uyum ve annenin fetüse bağlılığını etkileyen doğum öncesi bakımın en önemli yönlerinden biridir (Golmakani ve ark., 2021). Uyum duygusu, annenin hayatını onun için anlaşılır, kontrol edilebilir ve anlamlı kılan, doğum gibi stresli durumlarla baş etme yeteneğini artıran algı ve duygularını ifade ederken gebelerde uyum duygusunun artırılmasında, doğum korkusunun azaltılmasında ve annenin fetüse olan bağlılığını artırılabilmesinde etkili olmaktadır (Golmakani ve ark., 2021). Doğum korkusunun, maternal bağlanmayı azaltması olasıdır. Korku, kaçınmacı bağlanma ve kaygıyı artırır ve bu da daha düşük bağlilik puanları ile ilişkili olabilmektedir (Golmakani ve ark., 2021). Challacombe ve arkadaşları (2021) gebelikteki doğum korkusunun doğum sonrası üçüncü ayda algılanan bağlanmayı düşürdüğünü belirterek doğum korkusunun tüm gebeler için değerlendirilmesinin önemli olduğunu saptamıştır. Doğum korkusunun sadece doğum deneyimi ve doğum öncesi anksiyete belirtileri üzerinde etkileri olabileceği için değil, aynı zamanda doğum sonrası bağlanmayı etkileyebilmesi açısından önem taşıdığını belirtmiştir.

Doğum korkusu yaşayan kadınlar genellikle doğum sancısından ve doğum sürecinin öngörülemezliğinden korkmakta (Rondung ve ark., 2019), çözüm olarak sıklıkla sezaryen ile doğum talebini artırmakta (O'Connell ve ark., 2021), doğum sonrası dönemde anne ruh sağlığı ve sezaryen ile doğum oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Storksen ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda, doğum sırasındaki korku, kaygı ve öz yeterliliğin, annenin doğum şeklini seçmesinde önemli rol

oynadığını göstermiştir (Salomonsson ve ark., 2013; Azami-Aghdash ve ark., 2014). Doğum korkusu, kadınlarda uykusuzluk, hipertansiyon gibi fizyolojik sorunlar ile ilişkili olabilmeleri (Rondung ve ark., 2016) ayrıca obstetrik müdahaleler ve sezaryen ile doğumları artırabilmeleri açısından önem taşımaktadır (Rouhe ve ark., 2013).

Doğum korkusu ile ilgili daha kötü sonuçları önlemek için erken teşhis ve kanıta dayalı müdahaleler çok önemlidir. Bu nedenle kadınlar tarafından erişilebilir olmalıdır. Literatür, eğitim bileşeni olan müdahalelerin doğum korkusunu azaltabileceğini göstermektedir (Moghaddam Hosseini ve ark., 2018; Stoll ve ark., 2018; Striebich ve ark., 2018). Doğum korkusunu hafifletmeyi amaç edinen tedaviler aracılığıyla olumsuz doğum sonuçları en aza indirilebilirken, sağlık profesyonelleri yüksek veya şiddetli doğum korkusu olan gebeleri desteklemek için bilimsel kanıtlara ihtiyaç duymaktadır (Striebich ve ark., 2018). Pınar ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında doğum eğitim sınıflarının gebelerin bilgi düzeylerini artırdığı, doğumla ilgili endişelerinin daha düşük olduğu, gebelik ve doğum sonrası sürece daha hızlı uyum sağladıkları, doğum ağrısı ve eylemi hakkında olumlu geribildirim verdikleri ayrıca eğitim alan grubun daha erken emzirmeye başlayabildiği saptanmıştır. Doğum eğitiminde perinatal müdahalelerin yararları, gebelerin öz yeterlilik duygusunun geliştirilmesi, olumsuz duyguların ve stresin azaltılması, sezaryen ile doğum oranlarının düşürülmesi, nanfarmakolojik ağrı kesici yöntemlerin kullanılması ve olumlu doğum deneyimlerinin artırılması olarak belirtilmiştir (Hassanzadeh ve ark., 2021; Hong ve ark., 2021). Gebelere doğum sancısıyla başa çıkmaya odaklanan konuların dahil edildiği eğitimler ile kadınlar doğum hazırlıkları konusunda güçlendirilebilir (Fairchild ve ark., 2017). Webb ve arkadaşlarının (2021) sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, doğum öncesi eğitim, bilinçli farkındalık eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, konuşma terapileri, gelişmiş ebelik bakımı ve doğum bakımının doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır. Moghaddam Hosseini ve arkadaşlarının (2018) meta-analiz çalışmasında hem eğitim müdahalelerinin hem de kendi kendine hipnozun doğum korkusunu önemli ölçüde azaltabileceği belirtilmiştir. Avustralya'da yapılan bilinçli farkındalığa dayalı doğum eğitiminin test edildiği çalışmada, bilinçli farkındalık eğitiminin doğum korkusunu azaltmak için önemli ve etkili bir müdahale olduğu saptanmıştır (Byrne ve ark., 2014). Literatürde gebelerde bilinçli farkındalık eğitiminin; gebelerde doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu

belirtilmiştir (Aminolroayae ve ark., 2019; Pour-Edalati ve ark., 2019). Doğum korkusu olan gebelere ve eşlerine bilinçli farkındalık eğitimi, doğum korkusu ve obstetrik müdahaleleri azaltmada ve doğumun doğal yollarla gerçekleşmesinde önemlidir (Veringa-Skiba ve ark., 2022a). Kuo ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında sekiz haftalık doğum eğitiminin gebelerde doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Gebelikte ve doğum sırasında bilinçli farkındalık eğitimi tekniklerinin kullanılması katılımcıların ruh sağlığını ve baş etme gücünü artırmıştır (Kuo ve ark., 2022). Bilinçli farkındalık temelli doğum eğitiminin öz yeterlilik ve doğum korkusu üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma, doğum korkusunun azaltılması ve öz yeterliliğin artırılmasında yöntemin etkili olduğunu göstermiştir (Ahmadi ve ark., 2018).

### **2.3.3. Gebelikte Prenatal, Maternal Bağlanma ve Bilinçli Farkındalık**

Bağlanma sistemi, duygusal, motivasyonel, bilişsel ve davranışsal boyutları bütünleştirmede önemlidir. Psikolojik bütünlük hissi, içsel bir kaynak olarak fiziksel ve zihinsel sağlığı güçlendiren kişisel bir yönelimdir (Torshizi, 2013).

Prenatal bağlanma, anne ve bebeği arasında gelişen benzersiz ve duygusal bir süreç olup gebelikte fetüsle konuşma, karnına dokunma ve okşama, fetüsün pozisyonunu tanıma gibi çeşitli davranışlar şeklinde görülebilen ve annelik rolünün kabul edilmesinde, fetüsün büyüme ve gelişmesinde önemli bir faktördür (Toosi ve ark., 2011). Maternal-fetal bağlanma, gebe bir kadının gelişmekte olan fetüsü ile sahip olduğu duygusal ilişkiyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Anne ve çocuğu arasındaki ilişki doğum öncesi dönemden itibaren düzenlenmektedir (Golmakani ve ark., 2021). Maternal bağlanma doğum sonrası ilk günlerde oluşmakta ve sonraki günlerde, aylarda veya yıllarda şekillenen anne-bebek ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Lohusalık, annenin bebeği ile yakınlık kurmaya istek duyduğu bir süreçtir. Annenin bebeği gördüğünde, dokunduğunda ve onunla etkileşimde bulunduğunda bebeğin algısı olumlu yönde etkilenmektedir. Kısa sürede başlayan birliktelik maternal bağlanmanın da oluşmasını hızlandırmaktadır (Öztürk ve Erci, 2016).

Bir kadının doğum öncesi dönemdeki ruh sağlığı, bebeğine olan bağlılığıyla ilgilidir (Erkal-Aksoy ve ark., 2016). Gebelik sırasında iyi bir ruh sağlığı, anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları psikolojik

değişimler doğum öncesi dönemde anne bebek bağlanmasını da etkileyebilir (Kumcağız ve ark., 2017). Dekel ve arkadaşları (2019) travmatik veya stresli bir doğum deneyiminin annenin güvenli bağlanmayı geliştirme becerilerini etkilediğini bildirmiştir. Diğer yandan literatürde düşük prenatal bağlanmanın travmatik doğum algısına yol açtığı bildirilmiştir (Smorti ve ark., 2020). Tani ve arkadaşları (2017) gebelikte bebekle olumlu bir etkileşim ve sıcak bir duygusal bağın, doğum deneyimini iyileştirebildiğini belirtmektedir. Golmakani ve arkadaşları (2021) doğum korkusu ile annenin fetüse bağlanması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, annenin fetüse bağlanması ile bütünlük duygusu arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Smorti ve arkadaşları (2020) gebelik sırasında yüksek düzeyde doğum öncesi bağlanmanın, kadınların doğumla olumlu bir şekilde başa çıkma kapasitesinin daha iyi olması ile ilişki bulunmuş ve doğum sonrası olumlu bir bağlanmanın gelişmesini desteklediği belirtmiştir. Literatürde prenatal bağlanma düzeyleri düşük olan gebelerde erken doğum, düşük doğum ağırlığı, emzirmeyi erken bırakma (Alhusen ve ark., 2013), depresyon ve kaygı görüldüğü (Dubber ve ark., 2015), anne ile bebek arasındaki duygusal yakınlığın azaldığı saptanmıştır (Della Vedova, 2014). Ayrıca prenatal bağlanmanın düşük olması anne ve bebek için doğum öncesi yetersiz bakım ile ilişkilendirilmekte ve gebelik, doğum sırasında komplikasyonlara yol açabilmektedir (Mcnamara ve ark., 2019). Doğum öncesi yaşanan olayların ileride fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel olmak üzere ciddi yansımaları olabilmektedir (Cook ve ark., 2018). Bebeklik dönemindeki güvensiz bağlanma stili, yaşamın ilerleyen dönemlerinde kaygı ve davranış bozuklukları riskini artırmaktadır (Chase-Brand ve ark., 2008).

Gebelik, doğum süreci ve anne olma, zihinsel sağlığı korumak, anne bebek ilişkisini kurmak ve yani bir role uyum sağlama, anneden uyumlu tepkiler gerektiren zorlu deneyimlerdir (McLeish ve ark., 2017). Çocuğun fiziksel ve psikolojik sağlığı ile anne sağlığı arasındaki yakın ilişkisi göz önüne alındığında, annenin ruh sağlığının geliştirilmesi, aile ve toplum sağlığının korunmasında etkili rol oynayabilir (Frosch ve ark., 2021). Rollerine uyum sağlayamayan annelerde, özellikle çocuğa bağlanma konusunda annelik işlevi azalabilir, dolayısıyla çocukta gelişimsel gecikmelere maruz kalma riski artabilir (Khandan ve ark., 2018).

Sağlık profesyonelleri tarafından etkileşimli müdahalelerin uygulanması, annelik rolü kazanımını teşvik etmenin en önemli yollarından biridir (WHO, 2020). Literatürde, eğitim ve danışmanlığın anneliği ve bebeğe bakım sürecini teşvik etmede önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (Chamgurdani ve ark., 2020; Chaves ve ark., 2019). Bilinçli farkındalık temelli eğitimler kas gevşemesini, psikolojik uyumu, öz şefkati ve uyku kalitesini artırmada etkili olmaktadır (Janssen ve ark., 2018). Bilinçli farkındalık, bireyin dikkat sürecine odaklanmasına yardımcı olan özel davranışsal ve bilişsel stratejileri içerir. Olumsuz ruh hallerinin, düşüncelerin oluşmasını, endişeli tepkiler vermeyi engeller ve hoş hislerin ve duyguların oluşmasına yol açar. Bu tür bilişsel terapi, çeşitli meditasyonlar, esneme yogası, vücut taraması ve bilişsel terapi egzersizlerini içermektedir. Gevşeme yeteneği kişinin nefes almaya odaklanmasına, doğum sırasındaki kasılmalarla başa çıkmasına (Fink ve ark., 2012) gebelerin doğumun farklı aşamalarında farklı duyguları kabul etmesine yardımcı olmaktadır (Gedde-Dahl ve Fors, 2012).

Bilinçli zihne sahip kişiler olayları ve yaşam koşullarını gerçekçi bir şekilde gözlemleyerek acı ve nahoş gerçekleri inkâr etmeye gerek duymadan, güvenle ve umutla hareket etmektedirler (Pakizeh ve Nazari, 2015). Gebelerin kendi duygusal eğilimlerinin farkında olması, doğum öncesi bağlanma açısından önemlidir. Bu bağlanma, annenin bakım sistemini harekete geçirmeye yardımcı olur ve kayıpları önleyerek fetüsü korur (Göbel ve ark., 2018). Gebelere yönelik bilinçli farkındalığa dayalı doğum dersleri, onların doğuma hazırlanmalarına yardımcı olur, annelik bağlanma düzeylerini ve annelikteki yeterliliklerini artırır (Kantrowitz ve ark., 2018). Kantrowitz-Gordon ve arkadaşları (2018) doğum öncesi bilinçli farkındalık eğitimine katılımın gebelerin bebekleriyle olumlu bir ilişki geliştirmeleri konusunda yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Literatürde bilinçli farkındalık eğitimine katılanların, kontrol grubuna kıyasla doğumdan sonraki ilk ayda anne bebek bağlanmasının arttığı (Körükçü ve Kukulcu, 2017), başka bir çalışmada da bilinçli farkındalık temelli bir doğum ve ebeveynlik eğitim programına katılan kadınların, maternal fetal bağlanma toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gheibi ve ark., 2020). Bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynliğin maternal-fetal bağlanmayı teşvik ettiği öne sürülse de potansiyel etkilerini henüz ele alan bir çalışma bulunmamaktadır.

#### 2.3.4. Gebelikte Doğum Şekli ve Bilinçli Farkındalık

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sezaryen için ideal oran %10-15 arasındadır (WHO, 2015). Sezaryen ile doğum kullanımı son 30 yılda optimal düzeyden daha yüksek bir sıklığa yükselmiştir. Bu cerrahi girişimin küresel oranı son 10 yılda ikiye katlanarak %21'e ulaşmış ve her yıl %4 artmıştır. Afrika'nın Sahra altı bölgesinde sezaryen ile doğum oranı %4 iken, Latin Amerika'da bazı ülkelerde bu oran %60'a yaklaşmaktadır. Türkiye'deki sezaryen ile doğum oranı ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'de %52'dir (TNSA, 2018). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD]) ülkeleri arasında, Türkiye'de sezaryen ile doğum oranlarının diğer Avrupa ülkelerine oranla daha yüksek olduğu, 2020 yılında Türkiye'de 1000 canlı doğumda belirlenen sezaryen ile doğum oranı 573 olarak belirlenerek Avrupa'da en fazla sezaryen ile doğum oranının olduğu ülke olmuştur (OECD, 2023).

Sezaryen, tıbbi olarak endike olduğunda hayat kurtarıcı bir müdahaledir, ancak bu prosedür aynı zamanda kadınlar ve çocuklar için kısa ve uzun vadeli sağlık etkilerine de yol açabilmektedir (Sandall ve ark., 2018). Anne riskleri arasında enfeksiyonlar, kanama, diğer organ yaralanmaları ve anestezi veya kan transfüzyonu kullanımına bağlı komplikasyonlar yer alır (Cook, 2013; Marshall, 2011). Sezaryen, uterus rüptürü, plasenta komplikasyonları, ektopik gebelik, ölü doğum ve erken doğum risklerinde artış ile ilişkilidir. Sezaryen ile doğan çocuklar, alerjik-immünolojik problemler, astım ve obezite gibi risklerle karşı karşıyadır (Sandall ve ark., 2018).

Sezaryen tercih nedenleri; kadınların sezaryen ile doğumun daha güvenilir olabileceğine dair düşünceleri ve tercihleri, gebelerin ağrı duymak istememeleri, doğum korkusu ve anksiyete (Başar ve Sağlam, 2018), sezaryen ile doğumun daha ağrısız ve konforlu olabileceği düşüncesi, doğumla birlikte tüp ligasyon isteği ve hekimlerin tercihi ya da yönlendirmesidir (Yıldız ve ark., 2014). İran'da yapılan bir sistematik derlemede anne eğitimi, grand multiparite, daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmak ve normal doğum korkusu sezaryen ile doğum için önemli risk faktörleri arasında belirtilmiştir. Kadınların tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen ile doğumu tercih etmelerinin en önemli nedenlerinden biri de doğum korkusu ve doğum ağrısına karşı tahammülsüzlük hissetmeleri olarak saptanmıştır (Azami-Aghdash ve ark., 2014;

Demsar ve ark., 2018; Nilsson ve ark., 2018). Yüksek düzeyde doğum korkusu bildiren genç kadınların sezaryen ile doğum tercih etme olasılıkları yaklaşık dört kat daha fazladır (Stoll ve ark., 2015). Gebe olan veya doğum korkusunu yaşayan her kadın, güvenli bir doğum deneyimini huzurlu ve mutlu bir şekilde geçirebilmek, gebeliğini iyi yönetebilmek adına iyi bir bakıma gereksinim duymaktadır (Abdkhodai ve ark., 2013). Annenin korkusu normal doğumdan kaçınmayı artırırken bu durum annenin bir sonraki gebelikten önce daha fazla beklemesine veya elektif sezaryene başvurmasına neden olmaktadır (Dencker ve ark., 2019; Rouhe ve ark., 2013).

Riskler ve faydalar dengesi göz önüne alındığında, sezaryen için maternal veya fetal endikasyonlar dışında normal doğum önerilmektedir (ACOG, 2019). Annenin sezaryen ile doğum isteğinin ardındaki korkuların daha iyi anlaşılması, normal doğuma yönelik tutumların iyileşmesine yol açabilir. Anne adaylarının olumsuz algıları doğum öncesi dönemde ele alınmalıdır (Choudary ve ark., 2021). Doğum korkusu olan kadınlara yardımcı olmak için çeşitli tedaviler önerilmiştir. Doğum korkusu tedavisi üzerine 15 araştırmadan elde edilen sonuçların sistematik incelemesi, grup psiko-eğitiminin veya terapötik dönüşümlerin kadınların öz yeterliliğini güçlendirebileceğini ve doğum korkusu nedenli sezaryen ile doğum düzeylerini azaltabileceğini göstermiştir (Striebich ve ark., 2018). Gebelik ve doğumun kadın bedeni üzerindeki etkisine ilişkin endişeler gibi belirli korkuların gebelikten önce ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Stoll ve ark., 2015). Fakat, bu problemi azaltmak adına etkili müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Bilinçli farkındalık temelli doğum eğitiminin gebeler için uygulanabilir olduğu ve kadınların doğum yapma konusunda kontrol ve güven duygusundaki gelişmelerle ilişkili olabileceği görülmektedir (Byrne ve ark., 2014). Şimdiki anda kalmayı ve hayatı yargılamadan kabul etmeyi içeren bilinçli farkındalık temelli eğitimler doğuma hazır olabilmenin etkili yollarından biridir. Kadınların kendilerini daha güçlü hissetmelerine ve annelik süreçlerinin farkında olmalarına yardımcı olarak kadınlara duyguları ve düşüncelerini paylaşma fırsatı sağlayabilir (Smythe ve ark., 2016; Warriner ve ark., 2016). Bilinçli farkındalık uygulamaları sırasında, katılımcılar bu deneyimlere açık bir ilgi tutumu geliştirirken ortaya çıkabilecek çeşitli deneyimleri gözlemleyebilir, olumsuz duyguların, deneyimlerin var olmasına izin verir. Bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik eğitiminin doğum anında oluşabilecek



obstetrik müdahaleleri azalttığı ve doğum sonuçlarını iyileştirebildiği saptanmıştır (Veringa ve ark., 2022a).

#### **2.4. Bilinçli Farkındalık ve Hemşirelik**

Bilinçli farkındalık, farklı konularda çeşitli popülasyonlar için önemli etkileri olan sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan bir kavramdır (White, 2014). Abercrombie ve arkadaşları (2007), “*Bütüncül hemşirelerin klinik uygulamalarıyla ilgili araştırmalar yürütmeleri ve bu araştırmalara katılmaları esastır.*” önerisinde bulunmuştur. Bütüncül bir müdahale olarak bilinçli farkındalık hemşirelerin esenliği ve hizmet ettikleri çeşitli sağlık popülasyonları için birçok potansiyel faydaya sahiptir ve dolayısıyla hemşire odaklı araştırmaları gerektirir. Bilinçli farkındalığın pratik sonuçları hemşirelik bakımının bütüncül uygulamasını ve çalışanların esenliğini geliştirebilmektedir (White, 2014). Hemşireler, hastalarıyla başarılı ve tatmin edici terapötik ilişkilerin sürdürülmesinde de yansımaları olan düzenleme ve duygusal refah kapasitelerini geliştirmektedirler (Van der Riet ve ark., 2018). Yaşam zorluklarının ve ıstırabın ortasında bir başkasıyla birlikte olmak, hemşirelik uygulamalarının temeli olarak kabul edilir (Ferrell ve Coyle, 2008). Bu nedenle, bilinçli farkındalık hemşirelerin pratik uygulaması, terapötik eylemin optimum gelişimi ve sağlıklarının bütünsel olarak teşvik edilmesi nedeniyle hemşirelik disiplini içinde ilgili bir kavramdır (White, 2014).

Bilinçli farkındalık uygulamaları, basit gibi görünse de oldukça zorlayıcıdır (Sitzman, 2002). Bu nedenle kişinin uygulamalarla meşgul ve sağlıklı bir şekilde birlikte olabilmesi için dikkate değer özellikler gerektirir. Bakım uygulamalarında bilinçli farkındalık ile hemşirelere bu zorlu anlarda sürekli mevcudiyet ile daha büyük bir kapasite geliştirme yolu sunulabilir. Bu, yalnızca danışanı terapötik olarak desteklemekle kalmaz, aynı zamanda bakım verenleri başkalarının acı çekmesinin uzun vadeli etkilerinden korumaya yardımcı olur (Cacciatore ve Flint, 2012). Beddoe ve Murphy (2004) bir kişinin katıldığı bilinçli farkındalık uygulaması süresi ile bu uygulamaların sonucunda ortaya çıkan olumlu sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, bazı çalışmalar bilinçli farkındalık sürecinin inceliklerini takdir etmek için daha uzun programların gerekli olduğuna inanırken, diğer çalışmalar kısa uygulamaların bile katılımcılara olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir (Mackenzie

ve ark., 2006). Bu nedenle, bilinçli farkındalık uygulamalarıyla ilgilenen hemşirelerin hangi müdahalelerin, hangi süre boyunca ve hangi sıklıkla olumlu sonuçlar verebileceğini araştırmak önem taşımaktadır.

Bilinçli farkındalık kavramı, sağlığın bütüncül olarak geliştirilmesi için yeni ortaya çıkan bir kavram olup hemşirelik mesleğinde nispeten gelişmemiş durumdadır. Bilinçli farkındalık, bütüncül hemşirelik uygulamalarına benzer bir teoridir ve gelişmesi için disiplin gerektirir (White, 2014). Bilinçli farkındalığı hemşirelik eğitimi ve uygulamasına nasıl entegre edileceğine dikkat çekmek, bu bilgiyi başkalarına sunma yeteneklerini güçlendirecektir (White, 2014). Literatürde hemşirelik mesleğinde bilinçli farkındalık rolüne ilişkin bulgular sınırlı sayıdadır. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olup hemşireler, bilinçli farkındalık uygulamasını bütüncül bakıma ve kendi yaşamlarına entegre etmeyi öğrenmeli, bunu hizmet ettikleri sağlık popülasyonlarına bütüncül bir uygulama ve bakış açısı olarak sunmalıdırlar. Hemşireler hem kendi hem de bakım verdikleri bireylerin bilinçli farkındalıklarının gelişimine katkı sunarak teşvik edici olmalıdırlar.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel türde bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Rize ilinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Belirtilen hastanede bir gebe polikliniği, üç jinekoloji polikliniği ve bir gebe okulu bulunmaktadır. Polikliniklere ek olarak gebe okulu, gebe izlem, laktasyon ve NST odaları bulunmaktadır. Gebe izlem sırasında; gebelerin boy, kilo, yaşam bulguları ve laboratuvar ölçümleri yapılmakta ve bir ebe-hemşire aracılığıyla gebelere eğitim verilmektedir. Eğitime katılım için yeterli sayıya ulaşıldığında ve sürekliliğin sağlanması halinde ise kadın doğum uzmanı, ebe, psikolog, fizyoterapist eşliğinde birkaç güne yayılarak eğitimler verilmektedir. Hastanenin son bir yıllık verilerine göre hastaneye 1940 gebe başvurmuş, 740 doğum gerçekleşmiştir. Doğumların 298'i normal, 442'si sezaryen ile gerçekleşmiştir. Primer sezaryen 147, mükerrer sezaryen 295 kişidir. Toplamda 752 bebek doğmuş, 742'si canlı, 10'u ölü doğum şeklindedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Rize ilinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme belirlenen evrenden araştırma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler araştırmanın deney ve kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power 3.1.9.7 programı ile güç analizi yapılmıştır. Örneklem hesaplanmasında, Gheibi ve arkadaşlarının (2020) gebelere bilinçli farkındalık eğitimi sonrasında anne-bebek bağlanması çalışmasında bulunan etki büyüklüğü olan 0.64, hata payı  $\alpha=0.05$  ve güç 0.80 alınarak örneklem sayısı 1. grup için 40, 2. grup için 40 olmak üzere toplam 80 olarak hesaplanmıştır. Araştırma sürecinde veri kaybı olma ihtimali dikkate alınarak, hesaplanan örneklem büyüklüğünün %10'u oranında fazla sayı olan toplam 88 kadın olmak üzere, 44 deney ve 44 kontrol grubu üzerinde çalışılması planlanmıştır (EK-1).

### 3.3.1. Araştırmanın Çalışma Grubuna Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Kadınların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri PICOS kriterlerine uygun olarak yapılmıştır. Kadınlar Rize ilinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine başvuran gebelerden oluşmuştur. Çalışmaya dahil edilen kadınların, 18 yaş üstü, 26-36 gebelik haftasında olan, ilk gebeliği olan, Türkçe anlayan ve konuşan, tekiz gebeliği olan, eğitim düzeyi en az ilkokul mezunu olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardır. Çalışmadan dışlama kriterleri ise; riskli gebeliğin olması (plasenta previa, antepartum kanama öyküsü, membran rüptürü, preeklamsi, hipertansiyon, diyabet veya diğer tıbbi durumlar, intrauterin gelişme geriliği, fetal anomaliler veya normal vajinal doğum için herhangi bir kontrendikasyon, uyuşturucu veya alkol bağımlılığı), çalışmadan önceki son altı ay içinde psikoterapi veya ilaç tedavisi alan, kronik hastalığı olan, doğuma hazırlık kurslarına katılan, sezaryen ile doğum planlayan, tanı almış psikiyatrik hastalığı olan, daha önce yoga ve meditasyon deneyimi olan gebeler, takip süresi bitmeden doğum yapma olasılığı nedeniyle gestasyonel yaşı yüksek olan gebelerdir.

**Tablo 3.1.** PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study Design)

	Deney Grubu	Kontrol Grubu
P: Population (Popülasyon)	18 yaş üzeri, primipar gebeler	18 yaş üzeri, primipar gebeler
I: Intervention (Müdahale)	Bilinçli farkındalık eğitimi	Rutin bakım
C: Comparison (Karşılaştırma)	Standart bakım alan gebeler	
O: Outcomes (Sonuçlar)	Doğum deneyimi ve korkusu Prenatal bağlanma Maternal bağlanma Doğum şekli	
S: Study design	Tek kör randomize kontrollü çalışma	

Kaynak: PICOS (Gerrish ve Lacey, 2013).

### **3.3.2. Araştırma alışma Gruplarının Oluşturulması**

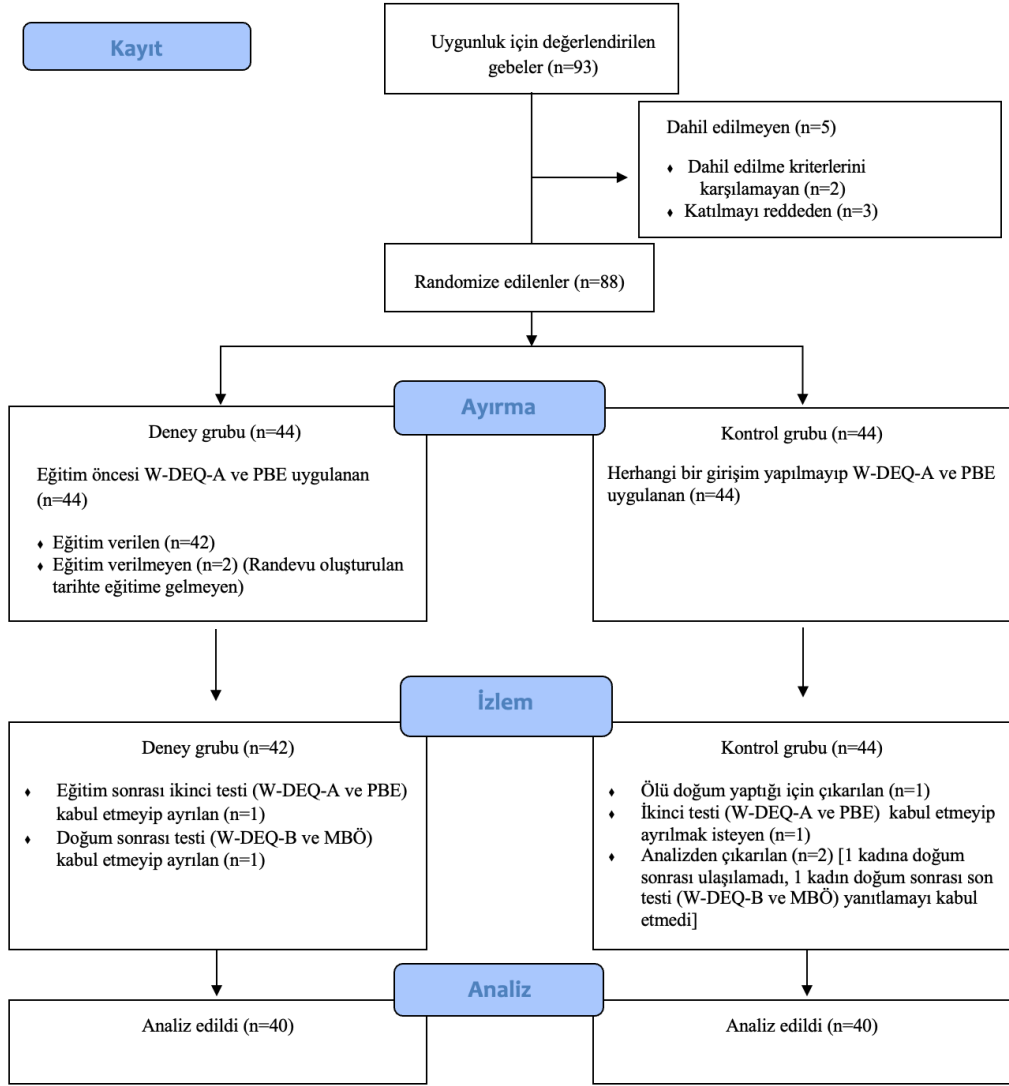
Güç analizi ile belirlenen örnekle büyüklüğü doğrultusunda, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya alınmıştır.

### **3.3.3. Randomizasyon ve Körleme**

Randomizasyon öncesinde çalışma grubundaki kadınlara araştırmayla ilgili genel bilgiler verilip araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmış ve sonra ön test uygulanmıştır. Ön test uygulandıktan sonra gebeler, randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubuna atanmışlardır. Rakamların deney ve kontrol grubuna dağılımını rastgele olarak [www.random.org](http://www.random.org)'da gerçekleştirilmiştir (Ek-2). Deney veya kontrol grubunun hangi grup olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlenmiştir. Bilinçli farkındalık eğitimi sertifika almış araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırmacının, kadınların hangi gruba dahil edildiğini bilmesi açısından çalışmanın veri toplama aşaması tek kördür. Çalışmanın istatistiksel analizini araştırmacıların dışında bağımsız bir istatistik uzmanı yaptığı için istatistiksel analiz aşaması çift kördür.

Bu araştırmada seçim yanlılığını önlemek için, kadınlar deney ve kontrol grubuna randomizasyon yöntemi ile rastgele atanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar hangi grupta olduklarını bilmemişlerdir. Araştırmada ölçümler sırasında saptama yanlılığını önlemek için, araştırmanın son test verileri Google form üzerinden hazırlanan online anket ile toplanmıştır. Raporlama yanlılığının önlenmesi için ise araştırmanın verilerinin analizi uzman bir istatistiki tarafından yapılmıştır. Araştırma süreci CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) kriterlerine göre verilmiştir (şekil 3.1).



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, gebeleri tanıtan Kişisel Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ-A) (Ek-3), Prenatal Bağlanma Envanteri (Ek-4), Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek-5) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği'nin B versiyonu (W-DEQ-B) (Ek-6) ile toplanmıştır.

#### 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada kullanılmak üzere araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır (Akın ve Erbil, 2022; Yılmaz

Esencan ve ark., 2018). Kişisel bilgi formunda yer alan sorular gebe kadınların yaşı, mesleği, eşinin mesleği, ailenin gelir algısı, aile tipi, yerleşim yeri, eğitim düzeyi, eşinin eğitim düzeyi, gebeliği isteme durumu, gebenin obstetrik özellikleri, gebelik ve bebek bakımı hakkında eğitim alma durumu, eşi ile ilişkisini algılama, doğum deneyimlerini içeren 14 soruyu (Ek-7) ve postpartum döneme ait 8 adet soruyu (Ek-8) içermektedir. Kişisel bilgi formu uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-9).

### **3.4.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu**

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ-A), doğum korkusunu belirlemek, doğum kasılmaları ve doğum sırasında yaşanılacak duygu ve düşünceleri, doğum esnasındaki stres ve korkuyu ölçmek amacıyla Wijma ve arkadaşları tarafından (1998) geliştirilen, Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, likert tipte ve 33 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan W-DEQ-A Ölçeği'nin yönergesine göre 28-40. gebelik haftasında olan gebelerin alınması gerektiği bildirilmiştir. Doğuma ilişkin korkuları içeren toplam 33 maddeden oluşan altılı likert tipi ölçek, 0'dan 5'e puanlanmakta, 0: tamamen 5: hiç olarak yorumlanmaktadır. W-DEQ-A'dan en düşük 0 puan en yüksek 165 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bazı maddeleri ters puanlanmaktadır (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31). Kadınların ölçekten aldıkları puan arttıkça, yaşadıkları doğum korkusu artış göstermektedir. W-DEQ-A puanları düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı  $\leq 37$ ), orta derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı 38-65 arasında olanlar), ileri derecede doğum korkusu (W-DEQ-A skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı  $\geq 85$ ), olmak üzere dört grupta derecelendirilmektedir (Wijma ve ark., 1998). Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada, W-DEQ-A Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 bulunmuş, Cronbach alfa katsayısı primipar gebeler için 0.88, multipar gebeler için 0.90 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada W-DEQ-A Cronbach alfa değeri 0.653 olarak saptanmıştır.

### **3.4.3. Prenatal Bağlanma Envanteri**

Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), gebelik sürecinde kadınların yaşadıkları duygu ve düşünceleri, durumları açıklamak ve prenatal dönemde bebeğe bağlanma seviyelerini tespit etmek amacıyla Müller (1993) tarafından geliştirilmiş, Yılmaz ve

Beji (2013) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. PBE, 21 maddeden oluşan, dörtlü likert tipten oluşmaktadır. Maddeler 1 ile 4 arasında puan almaktadır. Ölçekten en az 21, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Alınan puanın artması gebelerin bağlanma düzeyinin arttığını belirtmektedir. Yılmaz ve Beji (2013)'nin çalışmasında PBE'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 bulunmuştur. Bu çalışmada PBE Cronbach alfa katsayısı 0.845 olarak saptanmıştır.

#### 3.4.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (W-DEQ-B), kadınların yaşadığı doğum korkusunu doğum sonrasında ölçmek için Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin tamamı 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup altılı likert tipten oluşmaktadır. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 160'tır. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 30 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükçü ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar; (1) *Kasılmalara ilişkin kaygılar*=1, 2, 6, 11, 16, 17, 18, 23, "0-40" arası puanlanmakta, puan arttıkça doğum kasılmalarına ilişkin hatırladığı kaygılar artmaktadır. (2) *Olumlu davranışlarda yetersizlik*=24, 25, 26, 30 "0-20" arası puanlanmakta, puan arttıkça doğum sırasında sergilediği olumlu davranışlardaki yetersizlik artmaktadır. (3) *Yalnızlık*=3, 7, 10, 14, 19, 21, 22 "0-35" arası puanlanmakta, puan arttıkça doğumda hatırladığı yalnızlık duygusu artmaktadır) (4) *Olumlu duygularda yetersizlik*=4, 5, 8, 9, 12, 13, 17, 20 "0-40" arası puanlanmakta, puan arttıkça doğumla ilgili olumlu duyguları azalmaktadır. (5) *Doğuma ilişkin kaygılar*=27, 28, 29, "0-15" arası puanlanmakta, puan arttıkça doğuma ilişkin hatırladığı kaygı artmaktadır. (6) *Bebeğe ilişkin kaygılar*=31, 32 "0-10" arası puanlanmakta, puan arttıkça bebekle ilgili hatırladığı kaygı artmaktadır. Özgün çalışmada W-DEQ-B'nin alt boyutların Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.94, 0.77, 0.83, 0.81, 0.84, 0.95 ve W-DEQ-B'nin tamamı için 0.84 bulunmuştur (Körükçü ve ark., 2016). Bu çalışmada W-DEQ-B Cronbach alfa katsayısı 0.551 olarak saptanmıştır.



### **3.4.5. Maternal Bağlanma Ölçeği**

Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ), maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek için Müller tarafından 1994 yılında geliştirilmiş, Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Kavlak ve Şirin (2009) tarafından yapılmıştır. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)= 4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanmakta bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Postpartum bir ile dört ay arası bebeği olan kadınlara uygulanmaktadır. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmekte olup yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. MBÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (Müller 1994, Müller 1996, Beck 1998). Kavlak ve Şirin (2009) tarafından yapılmış olan araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri bir aylık bebeği olan annelerde 0.77, dört aylık bebeği olan annelerde 0.82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada MBÖ Cronbach alfa değeri 0.899 olarak saptanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri üç aşamada toplanmıştır. İlk aşamada, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ön test verileri toplanmıştır. Deney grubuna alınan gebelere bilinçli farkındalık eğitimi verilmiş, eğitim sonrası son trimesterde, doğum sonrası 1. ile 4. ay arasında ölçme araçları ile veriler toplanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının verileri 15/10/2021-15/10/2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.5.1. Çalışmanın Protokolü**

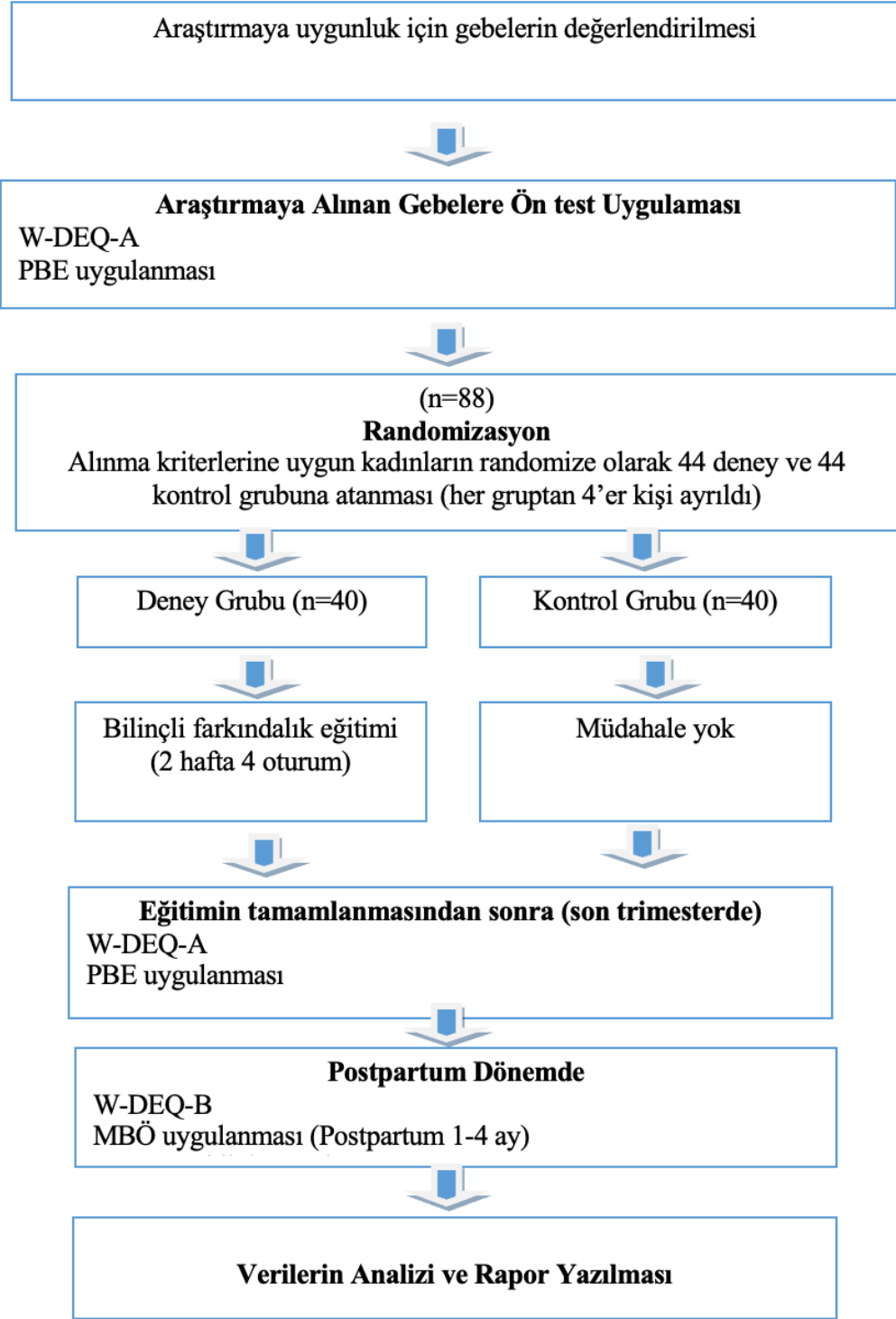
Araştırmada çalışma protokolü SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials-Standart Protokol Maddeleri:Girişimsel Deneyler için Öneriler) rehber alınarak oluşturulmuş (Akın ve Koçoğlu-Tanyer, 2021) ve araştırmanın raporlanması CONSORT 2017 kontrol listesine göre yapılandırılmıştır (Boutron ve ark., 2017).

### **Ön Test Verilerinin Toplanması**

Randomizasyon öncesinde çalışma grubundaki gebelere araştırmaya yönelik genel bilgi verilip katılım sağlamaları için bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alınmış ardından ön test uygulanmıştır. Ön test uygulandıktan sonra gebeler, randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubuna atanmışlardır. Araştırmacı tarafından araştırmayı kabul eden gebelere ön testte, gebeleri tanıtan Kişisel Bilgi Formu, W-DEQ-A versiyonu ve Prenatal Bağlanma Envanteri uygulanmıştır.

### **Çalışmanın Son Test Verilerinin Toplanması**

Araştırmacı tarafından yapılan eğitimin ardından son trimesterde ve postpartum bir ile dört ay (Müller 1994, Müller 1996, Beck 1998) arası deney ve kontrol gruplarına son testler uygulanmıştır. Eğitim sonrası W-DEQ-A ve Prenatal Bağlanma Envanteri gebelere uygulamalar hakkında hatırlatma yapılarak anket sorularını tekrar yapmaları için son trimesterde online form üzerinden gebelerin telefonlarına gönderilerek uygulanmıştır. Doğum sonrası polikliniğe gelen gebelere formlar yüz yüze, gebe polikliniklerine gelmeyen gebelere ise telefon görüşmeleri ve mesaj ile son testler uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlara doğum sonrası W-DEQ-B ve Maternal Bağlanma Ölçeği uygulanmıştır.



Şekil 3.2. Çalışma Akış Şeması

### 3.6. Müdahale Basamakları

Araştırmanın uygulama süreci etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte gebelere bilinçli farkındalığa yönelik eğitimler, haftada iki oturum olmak üzere toplam 4 oturumda verilmiştir. Araştırmanın uygulama aşamasına yönelik detaylı bilgi aşağıda belirtilmiştir.

**Birinci Aşama:** Gebelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlardan ön test öncesinde yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (**Ek-10, Ek-11**). Gebeler polikliniklere geldiklerinde kayıtları alınıp randevuları planlanmıştır. Deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin ön-test verileri Kişisel Bilgi Formu, W-DEQ-A ve PBE ile toplanmıştır. Randomizasyon ile kadınlar deney ve kontrol gruplarına atanmış, deney grubundaki kadınlardan eğitim için telefonla randevu alınmıştır. COVID-19 pandemisi nedeniyle gebelere 2-3 kişi ya da tek başına yüz yüze eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmadan rutin uygulamalar devam etmiştir.

#### Deney Grubu

Eğitimi uygulamak için araştırmacı, 84 saat (çevrimiçi) 36 Saat (örgün) “Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)” eğitim programına katılarak sertifika almıştır (**Ek-12**).

Uygulanacak bilinçli farkındalık eğitimi, her hafta iki oturum olmak üzere, toplam 4 oturum şeklinde, 2 hafta sürmüştür. Gebelere eğitimin ardından eğitimin içeriğine uygun araştırmacı tarafından hazırlanan broşür verilmiştir (**Ek-13**). Deney grubundaki gebe kadınlar, gebelik sınıflarına çağırılarak, her bir oturumu 30-40 dakika sürmüştür. Bilinçli farkındalık eğitiminin verilmesinden sonra, gebelere haftada bir mesaj gönderilerek uygulamalar hatırlatılmış, eğitimden en az bir hafta sonra W-DEQ-A ve PBE karşılaşılan gebelere yüz yüze, ulaşılamayan gebelere ise mesaj gönderilerek veriler online olarak toplanmıştır. Doğumdan sonra ilk ay gebeler uygun olduğu süre zarfında postpartum bilgi formu ile doğuma ve bebeğe ilişkin veriler toplanmış, W-DEQ-B uygulanmıştır. Doğumdan sonra 1 ile 4 ay arası MBÖ ile son test verileri, mesaj gönderilerek toplanmıştır.

## Oturumlar

### Bilinçli Farkındalık Eğitim İçeriği

#### 1.Hafta

*Kurs hazırlığı, oryantasyon süreci*

#### 1. Oturum

Gebelere “hoş geldiniz” denilerek güler yüzle karşılanarak bilinçli farkındalığa genel bir bakış, bilinçli farkındalık ve kökeni nedir, programın akışı ve sonraki oturumların içeriği hakkında bilgi verilmesi.

#### *Programın*

#### *amacının*

#### *açıklanması*

Gebelerle birlikte gizlilik esasları ve katılım olmak üzere kuralların belirlenmesi.

*Grubun kurallarının netleştirilmesi*

#### *Farkındalık*

#### *uygulaması*

Gizlilik, devam etme gerekliliği hakkında bilgi, günlük yaşama aktarılması için ev ödevlerinin yapılması konusunda bilgi verilmesi. (Grup üyelerine fikirlerini söyleme konusunda yardımcı olunması, gebelik ve doğum süreci, doğum korkusunun nedenlerinin anlatılması)

*Farkındalık nedir? ve temel tutumları nelerdir? tanımlanması*

*İnformal uygulamaların anlatılması, farkındalığın günlük yaşama entegre edilmesi*

Günlük yaşama entegre edilen informal uygulamalar: Farkında Yürüme, Farkında Yeme, Sesleri Farkında Dinleme, Rutin Aktivitelerde Farkındalık Geliştirme.

*Yeme farkındalığı: Kuru üzüm meditasyonunun yaptırılması*

Kadınlara kuru üzüm verilerek kuru üzüme odaklanmaları istenir. Bu süre zarfında dikkatlerini toplamakta zorlanmamaları adına kuru üzüme yönelik, “dokusu nasıl, sıcak mı yoksa soğuk mu, yüzeyi nasıl, pürüzlü mü yumuşak mı” gibi sorular sorularak kuru üzümün dokusuna, sıcaklığına, pürüzlüğüne ve çekirdeklerine odaklanmaları yönünde telkinler verilir. Kadınların geri bildirimlerinin ardından süreç hakkında bilgi verilmesi.

### *Mola*

#### 1.Hafta

*Merkezsizleşme (decentering)*

- 2. Oturum** Bireylerin düşüncelerini ve duygularını bağımsız ve mesafeli bir şekilde gözlemlene yeteneğinin ve farklı bir perspektiften bakmanın önemi konusunda bilgi verilmesi.
- Nefes farkındalığı** Duygu ve düşünceleri ifade etmeleri için kadınlara söz hakkı verilmesi.
- Anda kalma** *Kadınlara şimdi ve burada olmanın, an'da yaşamının öneminin açıklanması, negatif düşüncelere karşı dikkatli olma, beden ve nefesle yeniden bağlantı kurulması.*
- Nefes egzersizine başlamak için gebelerin rahat ettiği şekilde oturmaları sağlanarak nefes alışın farkında olunması, anda kalmanın önemi ve bedeninin her parçasını hissetmenin öneminin anlatılması. Egzersizin sonunda gebelere dikkatleri nefeslerinde iken zihinlerini meşgul eden duygu ve düşüncelerin ne olduğuna dair sorular sorulması.
- Ödevlerin verilmesi*
- Neden farkındalık kazanmak istersin? Hoş olmayan anılar günlüğü, bırakılacaklar listesi, deneyimleri not etmek, farkındalıkla yapılan bir aktivite seçmek konularında listeler oluşturulması.
- 2. Hafta** *Kadınlara doğum korkusuna neden olan otomatik düşüncelerinden sıyrılabilme adına nefes egzersizleri uygulanması, uygulanan egzersizlerin günlük hayatta uygulanması (3 dk'lık nefes alma alanı)*
- 3. Oturum**
- Otomatik pilottan çıkmak** *Bilinçli gebelik ve doğum, Fetal hareketin dikkatli bir şekilde hissedilmesi*
- Bilinçli farkındalığın doğuma yönelik olumsuz düşüncelerle ilişkisi konuşularak olumsuz otomatik düşüncelerin var olup olmadığının sorgulanması.
- Bilinçli gebelik ve doğum, Fetal hareketin dikkatli bir şekilde hissedilmesi*
- Gebeliğin neden olduğu duygulara dikkat edilmesi, fetal hareketlerin gün içerisinde farkına varabilme.
- Beden taraması** *Beden taraması egzersizinin uygulanması*
- Dikkati bedene odaklama aşaması hakkında bilgi verilmesi. Egzersize ilk olarak sol ayak parmaklara odaklanılarak başlanır ve

ayak parmakları, ayak tabanı, topuk, ayak bileği şeklinde adım adım takip edilir. Odak yavaşça ayağa, bacağa, karın bölgesine, sonra sağ ayaktan karın bölgesine doğru kaydırılır. Adım adım ilerleyecek şekilde dikkat bele, sırtta, göğse, omuzlara verilir, en son da ellere, kollara, boyna, yüze, başın arka ve ön kısmına verilerek egzersiz sonlandırılır. Nefesin bedeninin her bir noktasına etki ettiği hissedilerek düşüncelere ve duygulara tanık olunur.

### ***Mola***

*Düşüncelere mesafe koyabilmek*

#### **2.Hafta**

Kadınlara olumsuz düşüncelere mesafe koyabilmeleri adına “TV ekranı benzetmesi” uygulanır. Kadınların son zamanlarda

#### **4. Oturum**

kendilerini üzen bir durumu zihinlerinde canlandırmaları istenir.

#### ***Korkuyla başa çıkmak***

“Olumsuz düşüncelerin olumsuz duygulara yol açtığını

hissettiğinizde aklınıza bir TV ekranı getirerek düğmeye basın ve o anda yaşadığınız olayı TV’de seyrettiğinizi düşünün. Sanki bir dizi seyrediyor gibi hayal edin” telkininin verilmesi. Bu alıştırma ile TV’de seyrettiğimiz olayların içinde kendimiz olmadığı için olaylara daha yargısız bakabilmek amaçlanır, düşünceleri nehirde ilerleyen kağıttan gemilere benzetme, teflon tava örneği gibi benzetmelerin ilave edilmesi.

#### ***Değerlendirme***

Nefese odaklanma (Nefesinizi sakın ve düzenli bir hale getirerek nefes izlenir, nefes alırken zihinden 1 diye, nefes verirken 1 diye sayılır. Bu alıştırmaya 10’a kadar devam edilir ve sonra tekrar 1’e dönülür).

*Kadınlardan programın değerlendirilmesi*

Gözden geçirme ve değerlendirmeyi kapsar, genel bir özet şeklindedir. Kadınlardan ilk ve son oturum arasında kendilerindeki değişimlere dair geri bildirimlerin alınması. Bilinçli farkındalık pratiğinin günlük hayata ve doğumdan sonraki hayata nasıl entegre edileceği hakkında bilgi verilmesi.

### **Kontrol grubu (Rutin Bakım Alan Grup)**

Bu gruptaki kadınlara ön test, eğitim sonrası ve doğum sonrası son test olmak üzere üç kez ölçüm yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara sadece doğumla ilgili eğitimler gibi rutin doğum öncesi bakım hizmetleri verilmiştir. İlk aşamada randomizasyon öncesi kadınlardan çalışma grubunda çalışmaya katılmak istediklerine dair bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alınarak ön testte, Kişisel Bilgi Formu, W-DEQ-A ve PBE uygulanmıştır. İkinci aşamada son trimesterde W-DEQ-A ve PBE uygulanmıştır. Üçüncü aşamada ise son test olarak doğum sonrası W-DEQ-B ve MBÖ uygulanarak doğum şekli ve bebeğe ilişkin veriler toplanmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

#### ***Bağımlı Değişkenler***

- Gebelerin doğum korkusu düzeyi
- Gebelerin prenatal bağlanma düzeyi
- Doğum sonrası doğum korku düzeyi
- Doğum sonrası maternal bağlanma düzeyi
- Doğum şekli

#### ***Bağımsız Değişkenler***

- Gebelere verilen bilinçli farkındalık eğitimi

#### ***Kontrol Değişkenleri***

Kadına ait tanımlayıcı özellikler yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

### **3.8. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi, SPSS for Windows 22 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmayı içeren tanımlayıcı istatistik yöntemler kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılım analizleri skewnes ve kurtosis katsayıları ile değerlendirilmiştir (**Ek-14, Ek-15**). Deney ve kontrol gruplarının demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında Chi square testi kullanılmıştır. Normal dağılan ölçümlerde, ikili grupların



karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikili grupların grup içi karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır. Normal dağılmayan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikili grupların grup içi karşılaştırılmasında Willcoxon analiz testi kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2014). Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç geçerliği, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

### 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılacak olan W-DEQ Ölçeğinin A ve B versiyonu için Doç. Dr. Öznur Körükçü'den (Ek-16), Prenatal Bağlanma Envanteri için Prof. Dr. Sema Dereli Yılmaz'dan (Ek-17) ve Maternal Bağlanma Ölçeği için Prof. Dr. Oya Kavlak'tan izin alınmıştır (Ek-18). Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Çalışmayı yürütebilmek için Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (18.10.2021-2021/233) (Ek-19) alınmıştır. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi için Rize Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ilgili sağlık tesisinde 15/10/2021-15/10/2022 tarihleri arasında çalışmanın yapılması uygun görülmüştür (23/09/2021-E-64247179-799) (Ek-20). Eğitimi uygulamak için araştırmacı bir üniversite tarafından düzenlenen 84 saat çevrimiçi, 36 saat örgün "Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)" eğitim programına katılıp yapılan sınavda başarılı olarak sertifika almıştır (Ek-12). Araştırmada Helsinki deklarasyonu ilkelerine uyulmuştur. Bilgilendirilmiş onam formunda, kadınlara çalışmaya katılmanın gönüllü olduğu, kadınlara ödeme yapılmayacağı, araştırma sebebiyle kendilerine hiçbir zarar gelmeyeceği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, yanıtlarının gizli tutulacağı ve verilen yanıtların kimseyle paylaşılmayacağı hakkında bilgiler aktarılmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma için etik kurul ve kurum izni alınmasının ardından ClinicalTrials.gov'a kaydedilmiş ve ClinicalTrials.gov ID: NCT05250479 numarası alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Güçlü Yanı ve Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler**

Araştırmanın tek kör, ön-test, son-test kontrol gruplu randomize kontrollü çalışma olması dış geçerliliği artıran bir durumdur. Bilinçli farkındalık eğitiminin sertifikalı araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanması, istatistik analizde körleme yapılması, veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşması çalışmanın güçlü yönlerindedir.

### **3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler**

Araştırmada ön test sonrası deney grubundaki annelere uygulanacak olan bilinçli farkındalık eğitimine gebelerin katılmaya isteksiz olması, COVID-19 pandemi koşullarından dolayı gebelerin eğitimi gruplar halinde alamaması ve eğitimin haftalara yayılamaması, anne veya bebeğin sağlığından kaynaklanan durumlar nedeniyle çalışmadan ayrılanların olması, gebelere evde yapacakları uygulamaların yapılma durumunun kişilerin kendi ifadelerine dayanması ve çalışmanın son test verilerini toplarken doğum sonrası dönemde bebeklerinin yanlarında olması, doğum sonrası şikayetlerinin olması ve uygun olmama durumuna göre form ve ölçekleri doldurmalarında gecikmeler yaşanması, bazı kadınlara yüz yüze ulaşılamaması nedeniyle son test verilerinin online toplanması bu çalışmada yaşanan güçlüklerdendir.

### **3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu sınırlılıklar; araştırmanın primipar gebelerle sınırlı olması, deney grubundaki kadınların müdahaleler için evde uygulamaya harcadığı sürenin gözlenememesi ve verilerin form ve ölçekleri içeren öz-bildirime dayalı yöntemlerle toplanmasıdır.

#### 4. BULGULAR

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, deney grubundaki kadınların %55’inin üniversite mezunu, %70’inin ev hanımı ve %50’sinin eşinin üniversite mezunu olduğu, %32.5’inin eşinin mesleğinin serbest meslek olduğu, %90’ının çekirdek ailede yaşadığı ve %85’inin orta düzey gelir algısı olduğu bulunmuştur. Kadınların %50’sinin şehirde yaşadığı, %20’sinin gebelik ve doğum hakkında bilgi aldığı, %62.5’i bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olduğu, %97.5’inin gebeliği istediği ve %95’inin eşi ile ilişki algısının iyi olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalamasının  $26.08 \pm 4.47$ , düşük sayısı ortalamasının  $1.20 \pm 0.45$  ve gebelik haftası ortalamasının  $30.78 \pm 3.03$  olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki kadınların %52.5’inin üniversite mezunu, %60’ının ev hanımı ve %50’sinin eşinin üniversite mezunu olduğu, %32.5’inin eşinin mesleğinin serbest meslek olduğu, %95’inin çekirdek ailede yaşadığı ve %85’inin orta düzey gelir algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %60’ının ilçede yaşadığı, %5’inin gebelik ve doğum hakkında bilgi aldığı, %72.5’inin bebek bakımı hakkında bilgi sahibi olduğu, %100’ünün gebeliği istediği ve %95’inin eşi ile ilişki algısının iyi olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması  $26.00 \pm 4.21$ , düşük sayısı ortalaması  $1.40 \pm 0.89$  ve gebelik haftası ortalaması  $30.08 \pm 2.80$  bulunmuştur (Tablo 4.1).

Ayrıca Tablo 4.1’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları, gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumu dışında tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdirler ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda bilgi almayanların oranı daha yüksektir.

**Tablo 4.1.** Kadınların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri	
		n	%	n	%		
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Ortaokul	4	10.0	3	7.5	$\chi^2=0.299$ $p=0.861$	
	Lise	14	35.0	16	40.0		
	Üniversite	22	55.0	21	52.5		
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	28	70.0	24	60.0	$\chi^2=3.496$ $p=0.479$	
	Memur	6	15.0	7	17.5		
	İşçi	-	-	2	5.0		
	Serbest meslek	1	2.5	3	7.5		
	Diğer	5	12.5	4	10.0		
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>	İlkokul	-	-	3	7.5	$\chi^2=3.794$ $p=0.285$	
	Ortaokul	7	17.5	8	20.0		
	Lise	13	32.5	9	22.5		
	Üniversite	20	50.0	20	50.0		
<b>Eş Mesleği</b>	Memur	12	30.0	12	30.0	$\chi^2=2.743$ $p=0.602$	
	İşçi	5	12.5	9	22.5		
	Çiftçi	1	2.5	-	-		
	Serbest meslek	13	32.5	13	32.5		
	Diğer	9	22.5	6	15.0		
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek	36	90.0	38	95.0	$p=0.675^*$	
	Geniş	4	10.0	2	5.0		
<b>Gelir Algısı</b>	Düşük	2	5.0	2	5.0	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$	
	Orta	34	85.0	34	85.0		
	Yüksek	4	10.0	4	10.0		
<b>Yerleşim Yeri</b>	Köy	6	15.0	2	5.0	$\chi^2=5.690$ $p=0.058$	
	İlçe	14	35.0	24	60.0		
	Şehir	20	50.0	14	35.0		
<b>Gebelik ve Doğum Hakkında Eğitim Alma Durumu</b>	Evet	8	20.0	2	5.0	$\chi^2=4.114$ $p=0.043$	
	Hayır	32	80.0	38	95.0		
<b>Bebek Bakımı Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu</b>	Evet	25	62.5	29	72.5	$\chi^2=0.912$ $p=0.340$	
	Hayır	15	37.5	11	27.5		
<b>Gebeliği İsteme Durumu</b>	İstiyor	39	97.5	40	100.0	$\chi^2=-$ $p=1.000$	
	İstemiyor	1	2.5	-	-		
<b>Eşi ile İlişisini Algılama</b>	İyi	38	95.0	38	95.0	$\chi^2=1.333$ $p=0.513$	
	Orta	1	2.5	2	5.0		
	Kötü	1	2.5	-	-		
<b>Sürekli Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>	<b>Önemlilik</b>
Yaş	40	26.08	4.47	40	26.00	4.21	$t=0.077$ , $p=0.939$
Düşük sayısı	5	1.20	0.45	5	1.40	0.89	$U=12.000$ , $p=1.000$
Gebelik haftası	40	30.78	3.03	40	30.08	2.80	$t=1.073$ , $p=0.287$

\*Fisher'in kesin ki-kare testi

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön testte W-DEQ-A'dan aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunulmuştur. Tablo 4.2'de görüldüğü deney grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitimi öncesi W-DEQ-A puan ortalaması  $81.08 \pm 12.48$ , kontrol grubunun  $77.28 \pm 9.31$ 'dir. Ön testte deney grubundaki kadınların W-DEQ-A puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğu, bununla birlikte farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.2.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Testte W-DEQ-A Versiyonundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim Öncesi	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>W-DEQ-A Toplam</b>	40	81.08±12.48	40	77.28±9.31	U=637.500, p=0.117

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön testte W-DEQ-A düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, ön testte deney grubundaki kadınların %55'inin ileri düzeyde ve %35'inin klinik düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %72.5'inin ileri düzeyde ve %17.5'inin klinik düzeyde korku yaşadığı saptanmıştır. Ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki W-DEQ-A oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.3.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Testte W-DEQ-A Düzeylerinin Karşılaştırılması

Eğitim Öncesi	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri	
	n	%	n	%		
<b>W-DEQ-A</b>	Orta derece korku (38-65 puan)	4	10.0	4	10.0	$\chi^2=3.294$ p=0.193
	İleri derece korku (66-84 puan)	22	55.0	29	72.5	
	Klinik korku (85 ve üzeri)	14	35.0	7	17.5	

Kadınların ön testte PBE'den aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur. Tablo 4.4'te görüldüğü gibi deney grubundaki gebelerin eğitim öncesi PBE puan ortalaması  $66.30 \pm 8.86$ , kontrol grubunun ise  $64.90 \pm 9.75$ 'tir. Ön testte deney ve kontrol grubu arasındaki eğitim öncesi PBE toplam puan ortalamalarının benzer olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.4.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Ön Test PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim Öncesi	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>PBE Toplam</b>	40	66.30±8.86	40	64.90±9.75	t=0.672, p=0.504

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte W-DEQ-A Versiyonundan aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur. Tablo 4.5'te görüldüğü gibi deney grubunun bilinçli farkındalık eğitimi sonrası W-DEQ-A puan ortalaması  $82.80 \pm 11.35$ , kontrol grubunun ise  $81.40 \pm 14.26$ 'dır. Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki eğitim sonrası W-DEQ-A toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Çalışmada, "***H<sub>1</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum korkusu kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusundan farklıdır***" hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 4.5.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test W-DEQ-A Versiyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

W-DEQ-A	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>W-DEQ-A Toplam</b>	40	82.80±11.35	40	81.40±14.26	U=731.000, p=0.506

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte PBE'den aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur. Tablo 4.6'da görüldüğü gibi deney grubunun bilinçli farkındalık eğitimi sonrası PBE puan ortalaması  $68.78 \pm 9.12$ , kontrol

grubunun ise  $69.08 \pm 10.82$  bulunmuştur. Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki eğitim sonrası PBE toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Çalışmada “***H<sub>2</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyinden farklıdır***” hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 4.6.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test PBE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim Sonrası PBE	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>PBE Toplam</b>	40	68.78±9.12	40	69.08±10.82	t=-0.134, p=0.894

Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası dönemde yapılan son testte W-DEQ-B versiyonundan aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi doğum sonrası dönemde deney grubundaki kadınların son test W-DEQ-B ve alt boyutları puan ortalamaları; W-DEQ-B toplamı için  $79.10 \pm 12.96$ , “*Kasılmalara İlişkin Kaygılar*” için  $19.58 \pm 4.78$ , “*Olumlu Davranışlarda Yetersizlik*” için  $13.63 \pm 2.54$ , “*Yalnızlık*” için  $22.28 \pm 4.50$ , “*Olumlu Duygularda Yetersizlik*” için  $17.78 \pm 9.14$ , “*Doğuma İlişkin Kaygılar*” için  $2.75 \pm 3.96$ , “*Bebeğe İlişkin Kaygılar*” için  $3.23 \pm 3.26$  bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların son test W-DEQ-B ve alt boyutları puan ortalamaları ise; W-DEQ-B toplamı için  $79.78 \pm 13.77$ , “*Kasılmalara İlişkin Kaygılar*” için  $20.23 \pm 4.43$ , “*Olumlu Davranışlarda Yetersizlik*” için  $13.03 \pm 3.56$ , “*Yalnızlık*” için  $21.75 \pm 4.98$ , “*Olumlu Duygularda Yetersizlik*” için  $18.45 \pm 9.39$ , “*Doğuma İlişkin Kaygılar*” için  $3.23 \pm 3.96$ , “*Bebeğe İlişkin Kaygılar*” için  $3.53 \pm 3.40$ , toplam puan ortalaması bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test W-DEQ-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.7). Çalışmada “***H<sub>3</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum deneyimi kontrol grubundaki gebelerin doğum deneyiminden farklıdır***” hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 4.7.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test W-DEQ-B Versiyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Son Test W-DEQ-B	Deney	Kontrol	Test ve p değeri
	Grubu (n=40)	Grubu (n=40)	
	Ort±SS	Ort±SS	
Kasılmalara ilişkin kaygılar	19.58±4.78	20.23±4.43	t=-0.631, p=0.530
Olumlu davranış yetersizlik	13.63±2.54	13.03±3.56	t=0.867, p=0.388
Yalnızlık	22.28±4.50	21.75±4.98	t=0.495, p=0.622
Olumlu duygularda yetersizlik	17.78±9.14	18.45±9.39	t=-0.326, p=0.746
Doğuma ilişkin kaygılar	2.75±3.96	3.23±3.96	t=-0.536, p=0.593
Bebeğe ilişkin kaygılar	3.23±3.26	3.53±3.40	t=-0.402, p=0.698
<b>W-DEQ-B Toplam</b>	<b>79.10±12.96</b>	<b>79.78±13.77</b>	<b>t=-0.226, p=0.822</b>

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte MBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Tablo 4.8’de görüldüğü gibi deney grubundaki kadınların doğum sonrası MBÖ puan ortalaması 99.90±5.38, kontrol grubundaki kadınların ise 101.00±5.21’dir. Son testte deney ve kontrol grubu arasındaki doğum sonrası MBÖ toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Çalışmada, “*H<sub>3</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum sonrası maternal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin maternal bağlanma düzeyinden farklıdır*” hipotezi reddedilmiştir.

**4.8.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test MBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğum Sonrası MBÖ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>MBÖ Toplam</b>	40	99.90±5.38	40	101.00±5.21	U=654.000, p=0.153

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte çeşitli parametreler açısından karşılaştırılması Tablo 4.9 ve 4.10’da sunulmuştur. Tablo 4.9’da görüldüğü



gibi deney grubunun doğum salonuna kabulde gebelik haftası ortalaması  $38.95 \pm 1.54$ , kontrol grubunun ise  $38.83 \pm 2.00$ 'dir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum salonuna kabulde gebelik haftası ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum Salonuna Kabul Edildiği Gebelik Haftasının Karşılaştırılması

Gebelik Haftası	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n	Ort±SS	n	Ort±SS	
<b>Doğum Salonuna Kabulde Gebelik Haftası</b>	40	$38.95 \pm 1.54$	40	$38.83 \pm 2.00$	U=775.500, p=0.809

Tablo 4.10'da deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum ve doğum sonrasında bazı özelliklerine göre karşılaştırılması sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların %65'inin normal doğum yaptığı, %72.5'inin doğum eyleminin spontan başladığı, normal doğum yapan kadınların %73.1'ine epizyotomi uygulandığı, %47.5'inin bebeği ile iletişiminin ilk 5 dakika içinde başladığı, %40'ının bebeğini emzirmesinin ilk 30 dakika içinde olduğu, %60'ının gelecekte normal doğumu tercih edeceği, %62.5'inin bilinçli farkındalık eğitiminin doğum korkusunu azaltmada olumlu etkisi olduğunu ifade ettiği bulunmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların %40'ının normal doğum yaptığı, %60'ının doğum eyleminin spontan başladığı, normal doğum yapan kadınların %61.9'una epizyotomi uygulandığı, %37.5'inin bebeği ile iletişiminin ilk 5 dakika içinde başladığı, %37.5'inin bebeğini emzirmesinin ilk 30 dakika içinde olduğu, %52.5'inin gelecekte normal doğumu tercih edeceği saptanmıştır (Tablo 4.10). Tablo 4.10'da deney ve kontrol grubundaki kadınların karşılaştırılan özelliklerinden, sadece doğum şeklinin, deney grubunda daha yüksek oranda olup, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0.025$ ), diğer özelliklere göre fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ), (Tablo 4.10). Çalışmada, "*H<sub>4</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranı kontrol grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranından farklıdır*" hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 4.10.** Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Doğum ve Doğum Sonrası Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
		n	%	n	%	
<b>Doğum Şekli</b>	Normal doğum	26	65.0	16	40.0	$x^2=5.013$ p=0.025
	Sezaryen ile doğum	14	35.0	24	60.0	
<b>Doğum Eyleminin Spontan Başlaması</b>	Evet	29	72.5	24	60.0	$x^2=1.398$ p=0.237
	Hayır	11	27.5	16	40.0	
<b>Doğum Eylem Anında Herhangi Bir Müdahale</b>	Hayır	6	23.1	9	35.7	$x^2=5.043$ p=0.080
	Epizyotomi	19	73.1	7	61.9	
	Fundal basınç	1	3.8	0	2.4	
<b>Anne Bebek İletişimi Başlama Zamanı</b>	İlk 5 dk içinde	19	47.5	15	37.5	$x^2=2.485$ p=0.478
	5-10 dk içinde	4	10.0	9	22.5	
	10-20 dk	6	15.0	5	12.5	
<b>Doğum Sonra Bebeği Emzirme Süresi</b>	20 dk sonra	11	27.5	11	27.5	$x^2=2.067$ p=0.723
	Emziremedim	1	2.5	1	2.5	
	İlk yarım saat	16	40.0	15	37.5	
	İlk bir saat içinde	9	22.5	11	27.5	
	1-3 saat	9	22.5	5	12.5	
<b>Gelecekte Tercih Edilen Doğum Şekli</b>	24 saat sonra	5	12.5	8	20.0	$x^2=0.457$ p=0.499
	Normal doğum	24	60.0	21	52.5	
<b>Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi</b>	Sezaryen ile doğum	16	40.0	19	47.5	-
	Evet	25	62.5	-	-	
	Kısmen	12	30.0	-	-	
	Hayır	3	7.5	-	-	

Deney ve kontrol grubundaki kadınların W-DEQ-A puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi deney grubundaki kadınların W-DEQ-A puan ortalaması ön testte  $81.08 \pm 12.48$  ve son testte  $82.80 \pm 11.35$  bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların W-DEQ-A puan ortalaması ön testte  $77.28 \pm 9.31$  ve son testte  $81.40 \pm 14.26$  bulunmuştur. Hem deney ve hem de kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test W-DEQ-A puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.11.** Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların W-DEQ-A Versiyonu Puan Ortalamalarının Ön Test-Son Test Grup İçi Karşılaştırılması

W-DEQ-A		Deney Grubu	Kontrol Grubu
		(n=60)	(n=60)
		Ort±SS	Ort±SS
W-DEQ-A Toplam	Ön test	81.08±12.48	77.28±9.31
	Son test	82.80±11.35	81.40±14.26
	<b>Test ve p değeri</b>	Z=-0.838, p=0.402	t=-1.915, p=0.063

Deney ve kontrol grubundaki kadınların PBE puanlarının ön test ve son test grup içi karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur. Tablo 4.12’de görüldüğü gibi deney grubundaki kadınların PBE puan ortalaması bilinçli farkındalık eğitimi öncesi ön testte 66.30±8.86 iken, eğitim sonrası son trimesterde bakılan son testte 68.78±9.12 bulunmuştur. Kontrol grubu PBE puan ortalaması ön testte 64.90±9.75, son trimesterde bakılan son testte 69.08±10.82 olarak saptanmıştır. Hem deney ve hem de kontrol grubundaki kadınların PBE ön test-son test toplam puanlarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Deney ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Ön Test-Son Test PBE Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

PBE		Deney Grubu (n=60)	Kontrol Grubu (n=60)
		Ort±SS	Ort±SS
PBE Toplam	Ön test	66.30±8.86	64.90±9.75
	Son test	68.78±9.12	69.08±10.82
	<b>Test ve p değeri</b>	t=-3.055, p= <b>0.002</b>	t=-3.379, p= <b>0.002</b>

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarındaki kadınlar gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumu hariç tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdir. Çalışmadaki primipar gebelerin ileri derecede doğum korkusu yaşadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında primipar gebelerde multiparlara oranla doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur (Kuo ve ark., 2022; Özen ve Ege, 2022). Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi öncesi deney grubundaki gebelerin kontrol grubundakilere oranla W-DEQ-A puan ortalamaları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.2) Deney ve kontrol grubu arasında doğum korkusu yönünden “*H<sub>1</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum korkusu kontrol grubundaki gebelerin doğum korkusundan farklıdır*” hipotezini desteklememektedir. W-DEQ-A puan ortalamalarının başlangıçta yüksek olması çalışmaya alınan gebe kadınların primipar olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Kadınların bilinçli farkındalık eğitimi sonrası W-DEQ-A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı olmayıp karşılaştırılmasında ise deney grubunun puan ortalaması  $82.80 \pm 11.35$ , kontrol grubunun  $81.40 \pm 14.26$  olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bilinçli farkındalık eğitimi sonrası ölçülen W-DEQ-A puan ortalamaları ve gebelikte doğum korkusu düzeyleri, deney grubunda daha fazla olup her iki grup için de birbirlerine yakın özellikler göstermiştir. İran’da yapılan Pour-Edalati ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı öncesinde deney grubunun kontrol grubuna oranla doğum korkusunun daha yüksek olduğu, eğitimden sonra deney grubunda korku puanının kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Duncan ve arkadaşları (2017) bilinçli farkındalık temelli doğuma hazırlık eğitimi verdiği randomize kontrollü bir çalışmada, W-DEQ-A puan düzeylerinin deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu, fakat gruplar arası farkın anlamlı olmadığını saptanmıştır. Bilinçli farkındalık eğitimi alan grupta W-DEQ-A düzeyleri  $57.1 \pm 13.4$  ve kontrol grubunda ise  $61.6 \pm 20.8$  belirtilmiştir (Duncan ve ark., 2017). Veringa-Skiba ve arkadaşlarının (2022a) bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik eğitiminin standart bakımla karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, bilinçli farkındalık eğitimi sonrası deney ve kontrol gruplarında W-DEQ-

A puan ortalamasının azaldığı, deney grubunda azalmanın daha fazla olduğu bulunmuştur. Byrne ve arkadaşları (2014) kadınların bilinçli farkındalık temelli doğum eğitimini tamamladıktan sonra doğum yapma konusunda kendilerini daha güvenli ve daha az korkulu hissettiklerini bildirmiştir. Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrası doğum korkusu her iki grupta da artmıştır; ancak artış kontrol grubunda daha fazla olmuştur. Eğitimin etkililiğinin istenilen düzeyde olmaması ve doğum korkusu puanında düşmenin olmadığı dikkate alındığında, kadınların evde yapacakları uygulamalara yeterli zaman ayıramamış olabileceğini ve verilen eğitimin süresinin yeterli olmadığını düşündürmüştür. Fisher ve arkadaşlarının (2012) nitel çalışmasında, bilinçli farkındalık temelli doğum eğitiminde ortaya çıkan bir tema, bilinçli farkındalık uygulamasının en çok doğum sırasında ve erken ebeveynlik sırasında yararlı olduğunu ve gebelikteki uygulanabilirliğin sınırlı olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç gebelere verilen bilinçli farkındalık eğitiminin gelecekteki çalışmalarda ev uygulamasını vurgulaması gerektiğini ve bunun önündeki engelleri belirleyerek kadınların uygulamalara katılma konusunda teşvik edilmesi gerekliliğini göstermektedir. Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara kıyasla doğum korkusu puan ortalamasındaki değişikliğin daha az olması bilinçli farkındalık eğitiminin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çankaya ve Şimşek'in (2020) çalışmasında doğum öncesi eğitim alan primipar gebelerin hem doğum öncesi hem de doğum sonrası dönemde kontrol grubundaki kadınlara göre düşük düzeyde doğum korkusu yaşadıkları saptanmış, doğum öncesi eğitimin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bayrı Bingöl ve arkadaşlarının çalışmasında (2022) doğum öncesi eğitime psikodrama dersleri eklenmiş, eğitim sonunda deney grubunda kontrol grubuna göre doğum korkusunda daha fazla azalma olduğu gözlenmiştir. Klabbers ve arkadaşları (2019) da antenatal eğitimin doğum korkusunu azaltmada yetersiz kalabileceğini programlara psiko-eğitimin eklenmesini önermektedir. Literatürde doğum öncesi eğitiminin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Taheri ve ark., 2014; Rouhe ve ark., 2015). Ancak nitel bir araştırma, doğum öncesi eğitimin kadınlar üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu, bazı kadınlarda doğuma ilişkin kaygı ve korkuyu azalttığını, bazı kadınlarda ise tam tersine doğuma ilişkin kaygı ve korkuyu artırdığını bulmuştur

(Serçekuş ve Mete, 2010). Ayrıca kadınların yavaş yavaş gebeliğin son üç aylık dönemine girmesiyle birlikte, doğum eylemi düşüncesi gebeyi tedirgin ettiği belirtilmiştir (Khanjari ve ark., 2017).

Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrası doğum korku düzeylerinin artıyor olması, gebelerin son trimesterde olmaları ve doğumun yaklaşması ile ilişkilendirilebilirken; deney grubunun eğitimden önce korku düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu da göz ardı edilmemelidir. Sonuçların farklı olmasının nedenleri, doğum korkusunu ölçmek için farklı araçların kullanılması, COVID-19 pandemisi nedeniyle eğitimin sekiz haftalık süre zarfına yayılamaması, sınırlı sayıda eğitim seansı ve toplumsal yapıdaki farklılıkların olması olabilir. Bu nedenle, doğum öncesi eğitimlere bilinçli farkındalık uygulamalarının eklenmesi, eğitimin içeriğinin, toplumun kültürel özellikleri, yaşadıkları yer, eğitim seviyelerinin dikkate alınarak planlanması ve değerlendirilmesinin önemli olduğu değişkenlerin doğum deneyiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada doğum sonrası W-DEQ-B toplam puan ortalamaları deney grubundaki kadınlarda  $79.10 \pm 12.96$  kontrol grubundaki kadınlarda ise  $79.78 \pm 13.77$  bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.7). Deney ve kontrol grubu arasında doğum deneyimi yönünden bulunan sonuç, "***H<sub>5</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum deneyimi kontrol grubundaki gebelerin doğum deneyiminden farklıdır***" hipotezini desteklememektedir. Veringa ve arkadaşları (2016) gebelere bilinçli farkındalık temelli doğum eğitimi verdikleri çalışmada doğum korkusunun eğitim öncesine göre azaldığını saptamışlardır. Van der Meulen ve arkadaşları (2023) bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik eğitimine katılan kadınların, doğum sonrası standart bakıma kıyasla daha iyi bir doğum deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Doğum öncesi eğitimin, doğum hakkında bilgi sağladığı ve doğum hakkında daha önce edinilen yanlış bilgileri olumlu yönde değiştirdiği için korkuları azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada deney grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitiminde verilen talimatları dinlemeye ve evde uygulamaya teşvik edildiği fakat evde uygulamaya harcanan gerçek sürenin takip edilememesi etkinliğin azalmasına neden olabileceğini akla getirmektedir. Ayrıca bilinçli farkındalık eğitiminin etkinliğinin toplumlar arası farklılık gösterebileceğini, gebelerin yaşadıkları yere ait

inaniş ve kültürel özelliklerinin de farklı olması nedeniyle sonuçlarda değişkenlik oluşturabileceği ve eğitimin kültürel özellikler dikkate alınarak planlanmasının önemini düşündürmektedir.

Doğum korkusu olan kadınlarda depresif belirtiler ile anne-bebek bağının bozulması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Hildingsson ve Rubertsson, 2022). Maternal-fetal bağlanma, anne ve fetüs arasındaki ilişkiyi tanımlar. Düşük bağlanma seviyeleri genellikle olumsuz duygular, depresyon ile ilişkilidir ve kötü gebelik sonuçları ile ilişkilendirilebilir (Gheibi ve ark., 2020). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların PBE ön test-son test toplam puanlarının grup içi karşılaştırılması sonucunda farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Deney ve kontrol grubu arasında prenatal bağlanma yönünden “***H<sub>2</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin prenatal bağlanma düzeyinden farklıdır***” hipotezi reddedilmiştir. Serçekuş ve Başkale (2016) doğum öncesi eğitimin doğum sonrası anne ve babaya bağlanma üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını bulmuştur. Bununla birlikte, bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde primipar gebelerde eğitimin prenatal bağlanmada etkili olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur (Abasi ve ark., 2013; Akbarzadeh ve ark., 2017). Toosi ve arkadaşları (2014) doğum öncesi dönemde verilen gevşeme eğitiminin anne-bebek bağlanmasını artırdığını saptamıştır. Hughes ve arkadaşları (2009) bilinçli farkındalık uygulamalarının anne-bebek bağlanmasını artırdığını vurgulamıştır. Bilinçli farkındalık temelli bir gebelik eğitimine katılan kadınların, gebelik destek programındaki kadınlara kıyasla yeni doğan bebekleriyle daha iyi bağlantı deneyimledikleri belirtilmiştir (Beattie ve ark., 2017). Reynolds (2003) bilinçli farkındalık temelli ebeveynlik uygulamalarının, ebeveyn-bebek bağlanmasını olumlu etkileyebileceğini bildirmiştir. Başka bir çalışma da bebekleriyle birlikte bilinçli farkındalık eğitimine katılan annelerin, anne duyarlılığında önemli gelişmeler olduğu gözlemlenmiştir (Potharst ve ark., 2017). Bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik eğitimi; anda kalma, yargılayıcı olmayan farkındalık ve şefkati destekleyerek sağlıklı ebeveyn-çocuk bağlanmasını kolaylaştırabilmektedir (Duncan ve Shaddix, 2015). Anne adayları gebelikleri sırasında bebeğinin içindeki hareketlerini, pozisyonlarını, tekmelerini hissetmeli ve annelik deneyiminin benzersizliğinin farkında olmalıdır (Rosenblum ve ark., 2009). Annenin bebeği ile göz

teması kurması, kucağında bebeğinin vücudunu hissetmesi, bebeğini koklaması, bebeğinin ne kadar bakıma ve anne sevgisine gerek duyduğunu anlaması için rehberlik edilmesi önemli bilinçli farkındalık uygulamalarıdır (Körükçü ve Kukulcu, 2017).

Bu çalışmada prenatal bağlanmadaki artışın bilinçli farkındalıkla ilişkili olup olmadığını belirlenmesinin önem taşıdığı, literatürde bilinçli farkındalık eğitiminin prenatal bağlanmaya etkisinin belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak anne-bebek bağlanmasına yönelik yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık uygulamalarının anne-bebek bağlanması üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği, daha kapsamlı randomize çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada doğum sonrası yapılan son testte deney ve kontrol grubu arasındaki doğum sonrası MBÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.8). Çalışmada, deney ve kontrol grubu arasında maternal bağlanma yönünden “***H<sub>3</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin doğum sonrası maternal bağlanma düzeyi kontrol grubundaki gebelerin maternal bağlanma düzeyinden farklıdır***” hipotezini desteklememektedir.

Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi alan gebelerde prenatal bağlanma düzeylerinin gruplar arası anlamlı çıkması, maternal bağlanmanın anlamlı düzeyde olmaması gebelerin doğum sonrası bilinçli farkındalık uygulamalarına devam etmemeleri, doğum sonrası dönemde rol ve sorumluluklarının artmasının formal ve informal uygulamalara vakit ayırmakta güçlük çekebilecekleri bu durumda eğitimin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Literatürde erken membran rüptürü olan gebeler arasında yapılan yarı deneysel bir çalışmada yedi gün boyunca bilinçli farkındalık temelli anneliğe geçiş eğitimine katılan kadınların doğum sonrası ilk ayda yenidoğanlarına bağlanma düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Körükçü ve Kukulcu, 2017). Gheibi ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında İranlı kadınlarla yaptıkları bilinçli farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik eğitiminden sonra, toplam maternal-fetal bağlanma deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Literatürdeki bulgular doğrultusunda şimdiki ana odaklanmayı ve hayatı yargılamadan kabul etmeyi kapsayan bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, doğuma hazır hale gelmenin etkili yollarından biri olup kadınların kendilerini daha güçlü hissetmelerine ve annelik dönemlerinin farkında olmalarına yardımcı olmakta, annelere bilgi ve duygularını



paylaşma fırsatı vermektedir (Smythe ve ark., 2016; Warriner ve ark., 2016). Bu nedenle doğum öncesi bilinçli farkındalık eğitimine anne-bebek bağlanmasını artırmaya yönelik yeni uygulamalar eklenerek gözden geçirilmesi yararlı olacaktır.

Gebelik sırasındaki olumsuz duygular, anne ve bebeğin refahını etkilemekte ayrıca daha yüksek sezaryen ile doğum oranlarına yol açabilmektedir (Raisanen ve ark., 2014) Obstetrik sonuçlar üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek için tanımlanmış doğum korkusu vakaları için tedavi planları oluşturmak son derece önemlidir. Doğum korkusunun azaltılmasına katkıda bulunabilecek erişilebilir ve zamanında müdahaleler gereklidir. Doğum korkusu, elektif sezaryen ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Storksen ve ark., 2015). Sezaryen ile doğum oranı son 15 yıllık dönemde %75 artış göstermiştir (Saeeded ve ark., 2019). Bu çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi sonrası gebelerde deney ve kontrol grubu arasındaki doğum şekli oranları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ), (Tablo 4.10). Deney ve kontrol grubu arasında doğum şekli yönünden “***H<sub>4</sub>: Bilinçli farkındalık eğitimi verilen deney grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranı kontrol grubundaki gebelerin normal doğum yapma oranından farklıdır***” hipotezini desteklemektedir. Çalışmada, bilinçli farkındalık eğitimi alan gebelerde normal doğum oranı %65 iken, bilinçli farkındalık eğitimi almayan gebelerde normal doğum %40 oranında saptanmıştır. Bu bulgu dikkat çekicidir. Çalışmayı destekler nitelikte Bayrı Bingöl ve arkadaşlarının (2022) gebelerde doğum öncesi eğitime psikodrama derslerinin eklendiği çalışmada deney grubunda normal doğum oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Deney grubu: %70, kontrol grubu: %38.8). Literatürde psiko-eğitim temelli doğum öncesi eğitim programlarının, olumlu bir doğum deneyimine katkıda bulunduğu gibi, normal doğum tercihini önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Rouhe ve ark., 2015; Taheri ve ark., 2014; Toohill ve ark., 2017; Sezen ve Ünsalver, 2019). Çankaya ve Şimşek’in (2020) çalışmasında antenatal eğitim grubundaki gebelere dört hafta boyunca haftada iki kez ikişer saatlik eğitim verilmiş, antenatal eğitim grubunda kontrol grubuna göre daha fazla normal doğum olduğu saptanmıştır. Veringa ve arkadaşları (2022) bilinçli farkındalık temelli doğum ebeveyn eğitimi alan gebelerin standart bakım alan gebelere oranla elektif sezaryen geçirme oranını daha az bulmuştur. MacKinnon ve arkadaşları (2021) perinatal depresyon için bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi grubundaki kadınların daha fazla normal

doğum bildirdiklerini belirtmiş, deney grubundaki kadınların daha az sezaryen ile doğum yaptıklarını, doğum korkusuyla başa çıkmada veya korkuyu azaltmada öz yeterliliklerinin arttığını saptamıştır. Literatür bulguları bu çalışmanın bulguları ile uyumludur. Bilinçli farkındalık temelli doğum ebeveyn eğitimi, doğum korkusunda ve acil olmayan obstetrik müdahalelerde, elektif sezaryeni önlemede etkili bir müdahale olarak görülmektedir. Literatürde bilinçli farkındalığa yönelik müdahalelerin gebelerde doğum şekline yönelik sınırlı sayıda veri mevcuttur (Veringa ve ark., 2022; MacKinnon ve ark., 2021). Gereksiz sezaryeni güvenli bir şekilde azaltmaya yönelik etkili olabileceği düşünülen bilinçli farkındalık uygulamalarının gereksiz obstetrik müdahalelerin önlenmesi ve ülke ekonomisi açısından faydalarının olabileceği konusu önem taşımaktadır.

Türkiye'de sezaryen ile doğum oranının ülke çapında çarpıcı bir şekilde son beş yılda %48'den %52'ye yükseldiği (TNSA, 2018), Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş %15'lik ideal sezaryen ile doğum oranını geçtiği belirtilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022). Yüksek sezaryen ile doğum oranları anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen, sağlık harcamalarını ve maliyetlerini artıran önemli bir sorun haline gelmiştir (Uludağ ve Mete, 2021). Bu nedenle, sezaryen ile doğum oranlarını düşürmeye yönelik gebelere eğitim programları, diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de önemini korumaktadır (TNSA, 2018). Türkiye'de son yıllarda sezaryen ile doğum oranlarını azaltmak için doğuma hazırlık kursları verilmeye başlanmıştır (Boz ve ark., 2021). Doğum öncesi yapılan müdahaleler, kadınların doğum yapma becerilerine güvenmelerine yardımcı olacak, onlara doğumla başa çıkma yolları sunacak, gebelik ve doğum sürecinde karar vermelerini güçlendirecektir. Gebelik sırasında fetüsü olumlu etkileyebilecek farmakolojik uygulamalar içermeyen doğum deneyimine hazırlayan ve sağlığı iyileştirmek için olumlu davranışlar geliştirme ve kazanma konusunda antenatal eğitim programlarının olması önemlidir. Son zamanlarda popüler olan, gebeler için potansiyel olarak yararlı olduğu öne sürülen bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin doğuma hazırlık kurslarına entegre edilerek gebe okullarında verilmesi kadın sağlığına katkıda bulunacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, primipar gebelere uygulanan bilinçli farkındalık eğitiminin, gebelerin doğum korkusu, doğum şekli, doğum deneyimi, prenatal ve maternal bağlanma üzerine etkinliğinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler sunulmuştur.

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmada deney grubuna 44, kontrol grubuna 44 primipar gebe olmak üzere toplamda 88 kadın dahil edilmiştir. Çalışmanın deney grubundan 4 kadının, kontrol grubundan ise 4 kadının ayrılmasıyla, çalışma 80 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Ön testte deney ve kontrol grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitimi öncesi W-DEQ-A doğum korku oranlarının farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney grubundaki kadınların %55'i ileri derece korku, %35'inin klinik korku yaşadığı, kontrol grubundaki kadınların %72.5'i ileri derece korku, %17.5'inin klinik korku yaşadığı saptanmıştır.

Ön testte deney ve kontrol grubundaki kadınların eğitim öncesi PBE toplam puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte W-DEQ-A puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası W-DEQ-A toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitimi sonrası son testte PBE puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitiminden sonra doğum sonrası dönemde yapılan son testte W-DEQ-B toplam puanı ve alt boyutları olan “Kasılmalara İlişkin Kaygılar”, “Olumlu Davranış Yetersizlik”, “Yalnızlık”, “Olumlu Duygularda Yetersizlik”, “Doğuma İlişkin Kaygılar” ve “Bebeğe İlişkin Kaygılar” puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bilinçli farkındalık eğitiminden sonra doğum sonrası dönemde yapılan son testte MBÖ puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum salonuna kabulde gebelik haftası ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Son testte deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum şekline göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Deney grubundaki kadınların %65'inin normal doğum yaptığı, %72.5'inin doğum eyleminin spontan başladığı, normal doğum yapan kadınların %73.1'ine epizyotomi uygulandığı, %47.5'inin bebeği ile iletişiminin ilk 5 dakika içinde başladığı, %40'ının bebeğini emzirmesinin ilk 30 dakika içinde olduğu, %60'ının gelecekte normal doğumu tercih edeceği, %62.5'inin bilinçli farkındalık eğitiminin doğum korkusunu azaltmada olumlu etkisi olduğunu ifade ettiği bulunmuştur.

Kontrol grubundaki kadınların %40'ının normal doğum yaptığı, %60'ının doğum eyleminin spontan başladığı, normal doğum yapan kadınların %61.9'una epizyotomi uygulandığı, %37.5'inin bebeği ile iletişiminin ilk 5 dakika içinde başladığı, %37.5'inin bebeğini emzirmesinin ilk 30 dakika içinde olduğu, %52.5'inin gelecekte normal doğumu tercih edeceği saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların karşılaştırılan özelliklerinden, sadece kadınların doğum şeklinin deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0.025$ ).

Deney ve kontrol grubunda grup içi ön test-son test ölçümleri arasındaki W-DEQ-A puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların grup içi PBE ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ( $p<0.05$ ), her iki grupta da son testte puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur.

## **6.2. Öneriler**

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

### ***Araştırma grubuna yönelik öneriler***

Gebelerde bilinçli farkındalığın önemi konusundaki çalışmaların yaygınlaştırılması ve sosyal medya aracılığıyla topluma duyurulması,

Gebe kadınlara potansiyel olarak yararlı olduğu öne sürülen bilinçli farkındalık eğitimlerine gebelik ve doğum sonrası dönemde ihtiyaç duyabileceği konusunda farkındalığın artırılması,

Gebelerin bilinçli farkındalık eğitim ve uygulamalarına teşvik edilmesi önerilebilir.

### ***Sağlık profesyonellerine yönelik öneriler***

Sağlık profesyonellerinin bilinçli farkındalık konusunda farkındalıklarının artırılarak eğitim programlarına katılması ve eğitimde aktif rol alması,

Gebelerin bilinçli farkındalık eğitimlerine ilişkin gruplar halinde daha uzun süreli eğitim oturumlarına katılmaları konusunda özen gösterilmesi,

Gebelerin bilinçli farkındalık meditasyonlarıyla tanıştırılması ve meditasyonları evde günlük olarak uygulamaları için teşvik edilmesi,

Gebelerde doğum korkusunu azaltmak, sezaryen ile doğum oranını düşürmek, perinatal ve postpartum dönemlerde uyumu geliştirmek, doğumda müdahale kullanımını azaltmak ve doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını sağlamak için tasarlanmış bilinçli farkındalık eğitim programının oluşturularak gebelere uygulanması önerilebilir.

### ***Araştırmacılara yönelik öneriler***

Gebelikte bilinçli farkındalık eğitiminin kullanılarak gebelerde doğum korkusu, anne-bebek bağlanması, doğum deneyimi, doğum şekli sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik ileri çalışmaların planlanması,

Bilinçli farkındalık yaklaşımı kullanılarak gebelik ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesinin yapılması,

Bilinçli farkındalık ile ilgili daha uzun süreli eğitim verilen ve daha büyük örneklemlerle çalışmaların yapılması önerilebilir.

### ***Politika yapıcılara öneriler***

Bilinçli farkındalık temelli eğitim müdahalelerinin olduğu ülke çapında çalışmaların yürütülmesi için projelerin planlanması ve yürütülmesi için olanak sağlanması,

Gebe okullarında çalışan sağlık profesyonellerinin bilinçli farkındalık konusunda eğitim almalarının sağlanması, bu okullarda bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin yer verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için gerekli planlamaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Abasi E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hasanabadi H. (2013). The effect of maternal–fetal attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43 (5), 815-820. doi:10.3906/sag-1204-97
- Abercrombie PD, Zamora A, Korn AP. (2007). Lessons learned: Providing a mindfulness-based stress reduction program for low-income multiethnic women with abnormal pap smears. *Holistic Nursing Practice*, 21 (1), 26-34. doi: 10.1097/00004650-200701000-00006.
- Abdkhodai MS, Aghamohammadian Sherbaf HR. (2013). The role of mediating sense of coherence in relationship styles of attachment with self-regulation. *Research in Psychological Health*, 7 (1), 11-19.
- Ahmadi L, Karami S, Faghihzadeh S, Jafari E, Dabiri Oskoei A, Kharaghani R. (2018). Effect of couples counseling based on the problem-solving approach on the fear of delivery, self-efficacy, and choice of delivery mode in the primigravid women requesting elective cesarean section. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*, 7 (4), 32–40.
- Akın B, Koçoğlu-Tanyer D. (2021). SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 117-127. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.908072>
- Akbarzadeh M, Moattari M, Abootalebi M. (2017). Effect of the BASNEF model on maternal-fetal attachment in the pregnant women referring to the prenatal clinics affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Neonatology*, 8 (3), 31-37. doi: 10.22038/ijn.2017.20521.1229
- Akın Ö, Erbil N. (2022). Turkish validity and reliability study of the pregnancy stress rating scale. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 8 (2), 22-36. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.1015480>
- Alhusen JL, Hayat MJ, Gross DA. (2013). Longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16 (6), 521-9. doi: 10.1007/s00737-013-0357-8.

- Aminolroayae M, Aghaei A. (2019). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on fear of delivery in primiparous women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19 (4), 56–65.
- Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Medicine*, 46 (6), 1121-1134. doi: 10.1017/S0033291715002706.
- Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. (2014). Prevalence and causes of cesarean section in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 43 (5), 545-55. PMID: 26060756
- Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi S. (2018). The relationship between perceived social support in the first pregnancy and fear of childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23 (3), 235-239. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_170\_16.
- Babbar S, Oyarzabal AJ, Oyarzabal EA. (2021). Meditation and mindfulness in pregnancy and postpartum: A review of the evidence. *Clinical Obstetrics Gynecology*, 64 (3), 661-682. doi: 10.1097/GRF.0000000000000640.
- Baer RA. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer RA, Crane C, Miller E, Kuyken W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 71 (2019), 101-114. doi: 10.1016/j.cpr.2019.01.001
- Baer RA, Smith GT, Allen KB. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11 (3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029.
- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.



- Bardacke N. (2012). *Mindful birthing: Training the mind, body, and heart for childbirth and beyond*. United States: Harper Collins Publishers.
- Başar F, Sağlam HY. (2018). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (1), 59-74.
- Bayrı Bingöl F, Demirgöz Bal M, Dişsiz M, Taylan Sormageç M, Özlükan Çimen B. (2022). Psychodrama as a new intervention for reducing fear of childbirth: A randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42 (7), 2946-2953. doi: 10.1080/01443615.2022.2114329.
- Beattie J, Hall H, Biro MA, East C, Lau R. (2017). Effects of mindfulness on maternal stress, depressive symptoms and awareness of present moment experience: A pilot randomised trial. *Midwifery*, 50, 174-183. doi: 10.1016/j.midw.2017.04.006.
- Beattie J, Hall H, Biro MA, Lau R, East C. (2014). Does mindfulness training reduce the stress of pregnancy? *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 22 (1), 39.
- Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courneene BJ, Zwickey HL. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Beck CT. (1998). A review of research instruments for use during the postpartum period. *MCN- The American Journal of Maternal-Child Nursing*, 23 (5), 254-61. doi: 10.1097/00005721-199809000-00008.
- Beddoe AE, Murphy SO. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Journal of Nursing Education*, 43 (7), 305– 312. doi: 10.3928/01484834-20040701-07.
- Bell AF, Andersson E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.014.
- Bergomi C, Strohle G, Michalak J, Funke F, Berking M. (2013). Facing the dreaded: Does mindfulness facilitate coping with distressing experiences? A moderator

analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 21–30.  
doi: 10.1080/16506073.2012.713391.

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P. (2017). CONSORT NPT Group. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 4, 167(1), 40-47. doi: 10.7326/M17-0046.

Boz İ, Akgün M, Duman F. (2021). A feasibility study of a psychoeducation intervention based on human caring theory in nulliparous women with fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 42, 300–312. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1752173>

Brown A, Jordan S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), 828-839. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06067.

Brown KW, Ryan RM. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.

Bülbül T, Özen B, Çopur A, Kayacık F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25 (3), 126-130.

Büyüköztürk Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. (20 bs.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (2), 192-7. doi: 10.1111/jmwh.12075.

- Cacciatore J, Flint M. (2012). ATTEND: Toward a mindfulness-based bereavement care model. *Death Studies*, 36 (1), 61-82. doi: 10.1080/07481187.2011.591275.
- Cavicchioli M, Movalli M, Maffei C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders: A meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *European Addiction Research*, 24(3), 137–162. <https://doi.org/10.1159/000490762>
- Challacombe FL, Nath S, Trevillion K, Pawlby S, Howard LM. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: Associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 24 (3), 483-492. doi: 10.1007/s00737-020-01098-w.
- Chamgurdani FK, Barkin JL, Esmaeilpour K, Malakouti J, Buoli M, Mirghafourvand M. (2020). The effect of counseling with a skills training approach on maternal functioning: A randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health*, 20 (1), 51. doi: 10.1186/s12905-020-00914-w.
- Chase-Brand J. (2008). Effects of maternal postpartum depression on the infant and older siblings. In S. D. Stone & A. E. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood disorders: Perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. (pp: 41–64).
- Chaves AFL, Ximenes LB, Rodrigues DP, Vasconcelos CTM, Monteiro JCDS, Oriá MOB. (2019). Telephone intervention in the promotion of self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding: Randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 27:e3140. doi: 10.1590/1518-8345.2777-3140.
- Choudary A, Siraj A, Tariq H, Chughtai F, Urooj U. (2021). Ethical dilemma of cesarean section on maternal request (CSMR). *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71 (2), 535-539. <https://doi.org/10.51253/pafmj.v71i2.5448>
- Cigolla F, Brown D. (2011). A way of being: Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research*, 21 (6), 709-21. DOI: 10.1080/10503307.2011.613076.

- Cohen JS. (2010). Mindfulness and Self-Compassion in the Transition to Motherhood: A Prospective Study of Postnatal Mood and Attachment. Doctoral thesis, Columbia University, New York.
- Conley CS, Shapiro JB, Kirsch AC, Durlak JA. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64 (2), 121-140. doi: 10.1037/cou0000190.
- Cook N, Ayers S, Horsch A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, (1) 225, 18-31. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.045.
- Cook JR, Jarvis S, Knight M, Dhanjal MK. (2013). Multiple repeat cesarean section in the UK: Incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120 (1), 85-91. doi: 10.1111/1471-0528.12010.
- Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JM, et al. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47 (6), 990-999. doi: 10.1017/S0033291716003317.
- Creswell JD, Lindsay EK. (2014). How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Current Directions in Psychological Science*, 23 (6), 401–407. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>
- Çankaya S, Şimşek B. (2020). 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. doi: 10.1177/1054773820916984.
- Dahlberg U, Aune I. (2013). The woman's birth experience-the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29 (4), 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Dekel S, Stuebe C, Dishy G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560

- Dekel S, Thiel F, Dishy G, Ashenfarb AL. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 22 (1), 119-122. doi: 10.1007/s00737-018-0853-y.
- Della Vedova AM. (2014). Maternal psychological state and infant's temperament at three months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32 (5), 520-534. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.947472>
- Demsar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 46 (2),151-154. doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
- Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth*, 32 (2), 99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.
- Dimidjian S, Goodman SH. (2014). Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behaviour Research and Therapy*, 54 (1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.008>
- Donegan T. (2015). Mindfulness: An intervention for improving the health of mothers and babies. *Midwifery Today with International Midwife*, (113), 62–63.
- Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18 (2), 187-195. doi: 10.1007/s00737-014-0445-4.
- Duncan LG, Bardacke N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19( 2), 190–202. doi: 10.1007/s10826-009-9313-7.
- Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1), 140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3.

- Duncan LG, Shaddix C. (2015). Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP): Innovation in birth preparation to support healthy, happy families. *International Journal of Birth and Parent Education*, 2 (2), 30–33.
- Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: Effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 15 (2), 139–43. doi: 10.1007/s00737-012-0264-4.
- 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), 2142-53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x.
- Erkal-Aksoy Y, Dereli Yilmaz S, Aslantekin F. (2016). Prenatal attachment and social support in risk pregnancies. *Turkey Clinics Journal of Health Sciences*, 1 (3) 163-169. doi: [10.5336/healthsci.2016-50668](https://doi.org/10.5336/healthsci.2016-50668)
- Fairchild E, Roberts L, Zelman K, Michelli S, Hastings-Tolsma M. (2017). Implementation of robert's coping with labor algorithm in a large tertiary care facility. *Midwifery*, 50 (2017), 208-218. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.008.
- Falkenström F. (2010). Studying mindfulness in experienced meditators: A quasi-experimental approach. *Personality and Individual Differences*, 48 (3) 305-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.022>
- Farhang M, Miranda-Castillo C, Rubio M, Furtado G. (2019). Impact of mind-body interventions in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 31 (5), 643-666. doi: 10.1017/S1041610218002302.
- Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (3), 177-190. doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31 (1), 239-46. doi: 10.1016/j.midw.2014.09.003.

- Ferrell B, Coyle N. (2008). *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*. New York: Oxford University Press. pp: 127.
- Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J. (2012). Relaxation during pregnancy: What are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26 (4), 296-306. doi: 10.1097/JPN.0b013e31823f565b.
- Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 126. doi: 10.1186/1471-2393-12-126.
- Frosch CA, Schoppe-Sullivan SJ, O'Banion DD. (2019). Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15 (1), 45-59. doi: 10.1177/1559827619849028.
- Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, Faurot KR, Coble RS, Mann JD, et al. (2011). Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: Results of a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106 (9) 1678–1688. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.184>
- Gedde-Dahl M, Fors EA. (2012). Impact of self-administered relaxation and guided imagery techniques during final trimester and birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18 (1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.08.008>
- Germer C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, 22 (3), 24- 29.
- Gerrish K, Lacey A. (2013) *The Research Process in Nursing*. 6th Edition, Wiley-Blackwell: Chichester.
- Gheibi Z, Abbaspour Z, Haghhighyzadeh MH, Javadifar N. (2020). Effects of a mindfulness-based childbirth and parenting program on maternal-fetal attachment: A randomized controlled trial among Iranian pregnant women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41 (2020), 101226. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101226.
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, et al. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic

- review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
- Golmakani N, Shaghaghi F, Ahmadi Z, Gholami M, Kamali Z, Mohebbi-Dehnavi Z. (2021). Investigating the relationship between the dimensions of mindfulness and maternal attachment to the fetus during pregnancy. *Journal of Education Health Promotion*, 10, 433. doi: 10.4103/jehp.jehp\_1513\_20.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174 (3), 357-68. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.
- Göbel A, Stuhmann LY, Harder S, Schulte-Markwort M, Mudra S. (2018). The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 239, 313-327. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.024.
- Gökçe İsbir G, Serçekuş P, Yenal K, Okumuş H, Durgun Ozan Y, Karabulut Ö, et al. (2022). The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 1-16. doi: 10.1080/02646838.2022.2057938.
- Grekin R, O'Hara MW. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (5), 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003.
- Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75 (13), 1141-9. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d.
- Hall HG, Beattie J, Lau R, East C, Anne Biro M. (2016). Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women Birth*, 29 (1), 62-71. doi: 10.1016/j.wombi.2015.08.006.
- Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. (2021). Primiparous women's knowledge and satisfaction



- based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*, 8 (5), 2558-2566. doi: 10.1002/nop2.787.
- He J, Hou JH, Qi J, Zhang T, Wang YL, Qian M. (2020). Mindfulness based stress reduction interventions for cancer related fatigue: A meta-analysis and systematic review. *The Journal of the National Medical Association*, 112 (4), 387-394. doi: 10.1016/j.jnma.2020.04.006.
- Heppner WL, Spears CA, Vidrine JI, Wetter DW. (2015). Mindfulness and emotion regulation. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors(s). *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. New York: Springer. pp: 107-20.
- Hildingsson I, Rubertsson C. (2022). Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22 (1), 66. doi: 10.1186/s12884-021-04367-3.
- Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y, et al. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women Birth*, 34 (3), 219-230. doi: 10.1016/j.wombi.2020.04.002.
- Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (6), 537-59. doi: 10.1177/1745691611419671.
- Huberty J, Green J, Glissmann C, Larkey L, Puzia M, Lee C. (2019). Efficacy of the mindfulness meditation mobile app "Calm" to reduce stress among college students: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7 (6), e14273. doi: 10.2196/14273.
- Hughes A, Williams M, Bardacke N, Duncan LG, Dimidjian S, Goodman SH. (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. *British Journal of Midwifery*, 17 (10), 630-635. doi: 10.12968/bjom.2009.17.10.44470.
- Hulsbosch LP, Boekhorst MGBM, Potharst ES, Pop VJM, Nyklíček I. (2021). Trait mindfulness during pregnancy and perception of childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 24 (2), 281-292. doi: 10.1007/s00737-020-01062-8.

- Intarakamhang U, Macaskill A, Prasittichok P. (2020). Mindfulness interventions reduce blood pressure in patients with non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 6 (4), e03834. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03834>
- Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. (2018). Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS One*, 13 (1), e0191332. doi: 10.1371/journal.pone.0191332.
- Jha P, Larsson M, Christensson K, Svanberg AS. (2018). Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. *Women Birth*, 31 (2), e122-e133. doi: 10.1016/j.wombi.2017.07.003.
- Jones, Donovan, Lyn Ebert, Michael Hazelton. (2017). Mindfulness for men with pregnant partners: An integrative literature review (Part two). *British Journal of Midwifery*, 25 (12), 783-791. DOI: [10.12968/bjom.2017.25.12.783](https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.12.783)
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4 (1), 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
- Kabat-Zinn J. (1990). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dellacourt.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn J. (2021). Mindfulness’in İyileştirici Gücü. (F. Tarımtay Altun, G. Demirci, Çev.). İstanbul: Diyojen Yayıncılık. S:66.
- Kabat-Zinn J. (2013). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. In *Mindfulness*. Routledge. pp. 281-306.
- Kang C, Whittingham K. (2010). Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, 1(3), 161-173. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0018-1>

- Kantrowitz-Gordon I, Abbott S, Hoehn R. (2018). Experiences of postpartum women after mindfulness childbirth classes: A qualitative study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63 (4), 462-469. doi: 10.1111/jmwh.12734.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 (1), 251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.
- Kavlak O, Şirin A. (2009). Maternal bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 188-202.
- Keng S, Smoski MJ, Robins CJ, Ekblad AE, Brantly JG. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of interventions outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26 (3), 270–280. doi: 10.1891/0889-8391.26.3.270.
- Khandan S, Riazi H, Amir Ali Akbari S, Nasiri M, Montazeri A. (2018). Adaptation to maternal role and infant development: A cross sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (3), 289-301. doi: 10.1080/02646838.2018.1437895.
- Khanjari S, Mosavipoor SS, Oskouie F, Haghani H. (2017). Quality of life and sense of coherence in the mothers with term and preterm infants. *Iran Journal of Nursing*, 30 (106), 57-67. DOI: [10.29252/ijn.30.106.57](https://doi.org/10.29252/ijn.30.106.57)
- Khoo EL, Small R, Cheng W, Hatchard T, Glynn B, Rice DB, et al. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 22 (1), 26–35. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33 (6), 763–71. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Khwepeya M, Lee GT, Chen SR, Kuo SY. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1), 391. doi: 10.1186/s12884-018-2023-7.

- Khwepeya M, Monsen K, Kuo SY. (2020). Quality of life and the related factors in early postnatal women in Malawi. *Midwifery*, 85, 102700. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102700>
- Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets AJJM. (2019). Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40 (1), 38-47. doi: 10.1080/0167482X.2017.1398230.
- Körükçü O, Bulut O, Kukulü K. (2016). Psychometric evaluation of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire version B. *Health Care for Women International*, 37 (5), 550-67. doi: 10.1080/07399332.2014.943838.
- Körükçü O, Kukulü K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38 (7), 765-785. doi: 10.1080/07399332.2017.1318882.
- Körükçü O, Kukulü K, Fırat MZ. (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. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x.
- Kumcağız H, Ersanlı E, Murat N. (2017). Developing the selfperception scale of pregnant women and their psychometric properties, *Journal of Psychiatric Nursing*, 8, 23–31. doi: 10.14744/phd.2017.12599
- Kuo TC, Au HK, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. (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. doi: 10.1016/j.midw.2022.103438.
- Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, et al. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1445-1467. doi: 10.1002/jclp.20326.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression.

*Obstetrics & Gynecology*, 110 (5), 1102-12. doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70.

- Lonnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Branstrom R, Nissen E, Niemi M. (2019). Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression-results from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 262, 133–142. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.048.
- Lucena L, Frange C, Pinto ACA, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. (2020). Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *Journal of Integrative Medicine*, 18 (6),470-477. doi: 10.1016/j.joim.2020.07.007.
- Lukasse M, Schei B, Ryding EL; Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual of Reproductive Healthcare*, 5 (3), 99-106. doi: 10.1016/j.srhc.2014.06.007.
- Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19 (2), 105– 109. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002.
- MacKinnon AL, Madsen JW, Giesbrecht GF, Campbell T, Carlson LE, Dimidjian S, et al. (2021). Effects of mindfulness-based cognitive therapy in pregnancy on psychological distress and gestational age: Outcomes of a randomized controlled trial. *Mindfulness*, 12 (5), 1173-1184. doi: 10.1007/s12671-020-01585-2
- Marshall NE, Fu R, Guise JM. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205 (3), 262.e1-8.
- McLeish J, Redshaw M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1), 28. doi: 10.1186/s12884-017-1220-0.
- McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early

- postpartum bonding. *PLoS One*, 14 (7), e0220032. doi: 10.1371/journal.pone.0220032.
- Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. (2018). Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*, 31 (4), 254-262. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.007.
- Mortazavi F, Agah J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal*, 33 (6), 497-505. doi: 10.5001/omj.2018.91.
- Müller ME. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2 (2), 129-41.
- Müller ME. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing*, 25 (2), 161-6. doi: 10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x.
- Müller ME, Ferketich S. (1993). Factor analysis of the maternal fetal attachment scale. *Nursing Research*, 42 (3), 144-7.
- Ngamkham S, Holden JE, Smith EL. (2019). A systematic review: Mindfulness intervention for cancer-related pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6 (2), 161-169. doi: 10.4103/apjon.apjon\_67\_18.
- Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1), 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
- Nyklíček I, Truijens SEM, Spek V, Pop VJM. (2018). Mindfulness skills during pregnancy: Prospective associations with mother's mood and neonatal birth weight. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 14-19. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.01.012.
- O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7 (7), CD013321. doi: 10.1002/14651858.CD013321.pub2.

- O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96 (8), 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138.
- OECD (2023). Caesarean sections (indicator). (Accessed on 08 March 2023) doi: 10.1787/adc3c39f-en <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>
- Ögel K. (2015). Farkındalık (ayrısama) ve kabullenme temelli terapiler. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Özen E, Ege E. (2022). Primipar ve multipar gebelerde doğum korkusu ve ilişkili faktörler: karşılaştırmalı bir çalışma. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 1-11.
- Öztürk S, Erci B. (2016). Primipar mothers in postpartum period given maternity and newborn education increased attachment: Post-test with control group semi-experimental research. *Balıkesir Health Sciences Journal*, 5, 129-34.
- Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş. Deniz ME. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36 (160), 224-235.
- Pakizeh A, Nazari M. (2015). The effects of mindfulness training and emotion regulation on public health among the school students in Yasoj city [in Persian]. *Journal of Medical Education Development Center*, 6 (2), 158-64. DOI: [10.31231/osf.io/s85em](https://doi.org/10.31231/osf.io/s85em)
- Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19 (1), 346. doi: 10.1186/s12884-019-2503-4.
- Pazzagli C, Laghezza L, Capurso M, Sommella C, Lelli F, Mazzeschi C. (2015). Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant Mental Health Journal*, 36 (1), 62-74. doi: 10.1002/imhj.21483.
- Phunyammalee M, Buayaem T, Boriboonhirunsarn D. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39 (6), 763-767. doi: 10.1080/01443615.2019.1584885.

- 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. doi:10.1177/1054773816682331
- Pour-Edalati M, Moghadam NK, Shahesmaeili A, Salehi-Nejad P. (2019). Exploring the effect of mindfulness-based stress reduction on childbirth fear among single-child mothers in the city of Kerman, Iran (2017): A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing*, 7, e90247. 1–7.
- Potharst ES, Aktar E, Rexwinkel M, Rigterink M, Bögels SM. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*, 8(5), 1236-1250. doi: 10.1007/s12671-017-0699-9.
- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: A population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*, 4: e004883 10.1136/bmjopen-2014-004883
- Rash JA, Kavanagh V, Garland SN. (2019). A Meta-analysis of mindfulness-based therapies for insomnia and sleep disturbance: Moving towards processes of change. *Sleep Medicine Clinics*, 14 (2), 209–233. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.004>
- Reynolds D. (2003). Mindful parenting: A group approach to enhancing reflective capacity in parents and infants. *Journal of Child Psychotherapy*, 29 (3), 357-374. DOI: [10.1080/00754170310001625413](https://doi.org/10.1080/00754170310001625413)
- Rondung E, Ekdahl J, Sundin Ö. (2019). Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth*, 46 (1), 61-68. doi: 10.1111/birt.12368.
- Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 80-91. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.007.



- Rosenblum KL, Dayton CJ, Muzik M. (2009). Infant social and emotional development: Emerging competence in a relational context. In H. Zeanah, Jr. (Ed.). *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press. pp. 80-103.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, et al. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36 (1), 1-9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120 (1), 75-84. doi: 10.1111/1471-0528.12011.
- Saeed KB, Corcoran P, Greene RA. (2019). Incisional surgical site infection following cesarean section: A national retrospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 256-260. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.07.020.
- Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34 (3), 116-21. doi: 10.3109/0167482X.2013.824418.
- Sanada K, Montero-Marin J, Alda Díez M, Salas-Valero M, Pérez-Yus MC, Morillo H, et al. (2016). Effects of mindfulness-based interventions on salivary cortisol in healthy adults: A meta-analytical review. *Frontiers Physiology*, 7, 471. doi: 10.3389/fphys.2016.00471.
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, (10155), 1349-1357. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
- Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed

- randomized controlled trial. *Pain*, 152 (2), 361-369. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.043.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York, Guilford Press.
- Serçekuş P, Başkale H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.016.
- Serçekuş P, Mete S. (2010). Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*, 57 (3), 395-401. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x.
- Serçekuş P, Vardar O, Özkan S. (2020). Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100501. doi: 10.1016/j.srhc.2020.100501.
- Sevilla-Llewellyn-Jones J, Santesteban-Echarri O, Pryor I, McGorry P, Alvarez-Jimenez M. (2018). Web-based mindfulness interventions for mental health treatment: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 5 (3), e10278. doi: 10.2196/10278.
- Sezen C, Önen Ünsalver B. (2019). Group art therapy for the management of fear of childbirth. *The Arts in Psychotherapy*, 64, 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.11.007>
- Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Irvani M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21 (1), 642. doi: 10.1186/s12884-021-04114-8.
- Shao D, Zhang H, Cui N, Sun J, Li J, Cao F. (2021). The efficacy and mechanisms of a guided self-help intervention based on mindfulness in patients with breast cancer: A randomized controlled trial. *Cancer*, 127 (9), 1377-1386. doi: 10.1002/cncr.33381.

- Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-86. doi: 10.1002/jclp.20237.
- Sitzman KL. (2002). Interbeing and mindfulness: A bridge to understanding Jean Watson's theory of human caring. *Nursing Education Perspectives*, 23 (3), 118–123.
- Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19 (1), 96. doi: 10.1186/s12884-019-2241-7.
- Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16 (1), 114. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2.
- Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 104956. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.104956.
- Smythe E, Hunter M, Gunn J, Crowther S, Couper JM, Wilson S, Payne D. (2016). Midwifing the notion of a 'good' birth: A philosophical analysis. *Midwifery*, 37, 25-31. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.012.
- Solano Lopez AL. (2018). Effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program on blood pressure: A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15 (5), 344-352. doi: 10.1111/wvn.12319.
- Stoll K, Edmonds JK, Hall WA. (2015). Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young american women before childbirth: A survey study. *Birth*, 42 (3), 270-6. doi: 10.1111/birt.12178.
- Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. (2018). A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth*, 45 (1), 7-18. doi: 10.1111/birt.12316.
- Storksén HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 221. doi: 10.1186/s12884-015-0655-4.

- Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – a systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97–115. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013.
- Taheri Z, Mazaheri MA, 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), 1247-54.
- Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 11(5), e0155720 10.1371/journal.pone.0155720
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics and Gynecology*, 133 (1), e73–e77. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003006>
- Toohill J, Callander E, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. (2017). A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1), 217. doi: 10.1186/s12884-017-1404-7.
- Toosi M, Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N. (2014). The reduction of anxiety and improved maternal attachment to fetuses and neonates by relaxation training in primigravida women. *Women's Health Bulletin*, 1 (1), 1-6.
- Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. (2011). Effect of attachment training on anxiety and attachment behaviors of first-time mothers. *Hayat*, 17 (3), 69–79.
- Torshizi M. (2013). Different dimensions of maternal attachment behaviors to the fetus and some related factors in pregnant women referring to Birjand City Health Centers. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16 (72), 13–21.
- Treleaven DA. (2018). Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing. New York: WW Norton & Company. pp: 272.

- Turgon R, Ruffault A, Juneau C, Blatier C, Shankland R. (2019). Eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis of the efficacy of mindfulness-based programs. *Mindfulness*, 10 (11), 2225-2244. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01216-5>.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020. Erişim: 03.01.2023, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara. Yayın Erişim: 02.02.2023, [http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23356/2018\\_TNSA\\_Ozet\\_Rapor.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/23356/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Uludağ E, Mete S. (2021). The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: A single-blind randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 42, 678–690. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916>,
- Van der Meulen RT, Veringa-Skiba IK, Van Steensel FJA, Bögels SM, De Bruin EI. (2023). Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: Outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. *Midwifery*, 116, 103545. doi: 10.1016/j.midw.2022.103545.
- Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Education Today*, 65, 201-211. doi: 10.1016/j.nedt.2018.03.018.
- Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, et al. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: Study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16 (1), 377. doi: 10.1186/s12888-016-1070-8.

- Veringa-Skiba IK, de Bruin EI, van Steensel FJA, Bögels SM. (2022a). Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth*, 49 (1), 40-51. doi: 10.1111/birt.12571.
- Veringa-Skiba IK, Ziemer K, de Bruin EI, de Bruin EJ, Bögels SM. (2022). Mindful awareness as a mechanism of change for natural childbirth in pregnant women with high fear of childbirth: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22 (1), 47. doi: 10.1186/s12884-022-04380-0.
- Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. (2006). Measuring mindfulness the freiburg mindfulness inventory (FMI) *Personality and Individual Differences*. 40 (8), 1543–1555. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.025.
- Warriner S, Crane C, Dymond M, Krusche A. (2018). An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS) *Midwifery*. 64, 1–10. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.004.
- Warriner S, Hunter L, Dymond M. (2016). Mindfulness in maternity: Evaluation of a course for midwives. *British Journal of Midwifery*, 24 (3), 188-195. DOI: [10.12968/bjom.2016.24.3.188](https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.188)
- Webb R, Bond R, Romero-Gonzalez B, Mycroft R, Ayers S. (2021). Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51 (12), 1964–77. doi: 10.1017/S0033291721002324.
- Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. (2014). Women’s experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30, 1029–1035. doi: 10.1016/j.midw.2014.04.005.
- White L. (2014). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (2), 282-94. doi: 10.1111/jan.12182.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of*

*Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 19 (2), 84-97. doi: 10.3109/01674829809048501.

Woolhouse H, Mercui K, Judd F, Brown SJ. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: A pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 369–385. doi: 10.1186/s12884-014-0369-z.

World Health Organization. (2020). Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Accessed: 1 January 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555073/>.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Accessed: 18 November 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization. (2015). WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization. Accessed: 2 February 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Yang M, Jia G, Sun S, Ye C, Zhang R, Yu X. (2019). Effects of an online mindfulness intervention focusing on attention monitoring and acceptance in pregnant women: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64 (1), 68-77. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12944>

Yıldız Ş, Çaypınar SS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. (2014). Awareness and perceptions of Turkish women towards delivery methods. *Journal of Clinical & Experimental Investigations*, 5 (2), 173-178. doi: 10.5799/ahinjs.01.2014.02.0385

Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Yıldırım DA, Abbasoğlu ED, Külek H, Şimşek Ç, ve ark. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (1), 31-43. <https://doi.org/10.26650/FNJN.387192>

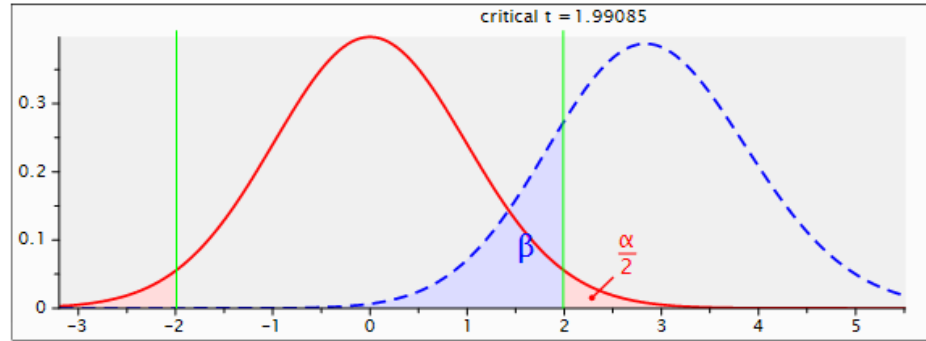
Yılmaz S, Beji NK. (2013). Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (2), 103-109.

Zhang J, Díaz-Román A, Cortese S. (2018). Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 21 (3), 87-94. doi: 10.1136/ebmental-2018-300015.



## EKLER

### Ek 1: G\*Power Çalışma Grubu Belirlenmesi



[1] -- Wednesday, August 11, 2021 -- 11:02:37

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

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

**Input:**

Tail(s)	=	Two
Effect size d	=	0.64
$\alpha$ err prob	=	0.05
Power (1- $\beta$ err prob)	=	0.80
Allocation ratio N2/N1	=	1

**Output:**

Noncentrality parameter $\delta$	=	2.8621670
Critical t	=	1.9908471
Df	=	78
Sample size group 1	=	40
Sample size group 2	=	40
Total sample size	=	80
Actual power	=	0.8069741

## EK 2: Randomizasyon Listesi

<b>Grup 1</b>	<b>Grup 2</b>
4	1
5	2
6	3
7	8
10	9
11	13
12	16
14	17
15	18
21	19
23	20
24	22
25	27
26	28
30	29
31	33
32	35
34	36
37	38
42	39
43	40
44	41
47	45
51	46
52	48
53	49
54	50
56	55
57	58
59	60
62	61
64	63
65	67
66	68
72	69
73	70
74	71
76	75
77	78
79	80
81	82
83	85
84	86
87	88

### EK 3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

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

##### YÖNERGE

Bu anket formu, sizin doğum kasılmaları ve doğum sırasında yaşayabileceğiniz duygu ve düşünceleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum kasılmalarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken size en yakın gelen cevabı işaretleyiniz.

I Doğum kasılmalarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

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

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

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

II Kendinizi doğum 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						Hiç kendine hakim değil
17	0	1	2	3	4	5	
	Son derece rahat						Hiç rahat değil
18	0	1	2	3	4	5	
	Son derece mutlu						Hiç mutlu değil
<b>III</b>	<b>Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?</b>						
19	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı panik						Hiç panik değil
20	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ümitsizlik						Ümitsizlik yok
21	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı çocuğa kavuşma isteği						Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı öz güvenli						Öz güveni yok
23	0	1	2	3	4	5	
	Son derece güvenli						Bedenine güvensiz
24	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ağrılı						Hiç ağrı yok
<b>IV</b>	<b>Doğum kasılmalarımızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağımı düşünüyorsunuz?</b>						
25	0	1	2	3	4	5	
	Son derece kötü bir şekilde davranacağım						Kötü bir şekilde davranmayacağım
26	0	1	2	3	4	5	
	Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vereceğim						Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vermeyeceğim
27	0	1	2	3	4	5	
	Kontrolümü tamamen kaybedeceğim						Kontrolümü kaybetmeyeceğim

- V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?**
- 28 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
keyif verici keyif verici değil
- 29 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
doğal doğal değil
- 30 0 1 2 3 4 5  
Tamamen olması Hiç olması gerektiği  
gerektiği gibi gibi değil
- 31 0 1 2 3 4 5  
Son derece Hiç  
tehlikeli 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

## EK 4: Prenatal Bağlanma Envanteri

### PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Gecen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşırım.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırsam ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

**Puanlama:** a=4, b=3, c=2, d=1

## EK 5: Maternal Bağlanma Ölçeği

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiç bir zaman
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

## EK 6: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu						
I	<b>Doğum kasılmalarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olduğunu hatırlıyorsunuz?</b>					
1	0	1	2	3	4	5
	Son derece mükemmel					Hiç mükemmel değil
2	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil
II	<b>Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?</b>					
3	0	1	2	3	4	5
	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış
II	<b>Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?</b>					
8	0	1	2	3	4	5
	Son derece güvende					Hiç güvende değil
9	0	1	2	3	4	5
	Son derece bağımsız					Bağımlı
10	0	1	2	3	4	5
	Son derece umutsuz					Hiç umutsuz değil
11	0	1	2	3	4	5
	Son derece gergin					Gerginlik yok
12	0	1	2	3	4	5
	Son derece memnun					Hiç memnun değil
13	0	1	2	3	4	5
	Son derece hoşnut					Hiç hoşnut değil
14	0	1	2	3	4	5
	Son derece terkedilmiş					Hiç terkedilmemiş
15	0	1	2	3	4	5
	Tamamen kendine hakim					Hiç kendine hakim değil
16	0	1	2	3	4	5
	Son derece rahat					Hiç rahat değil



17	0	1	2	3	4	5	
	Son derece mutlu					Hiç mutlu değil	
<b>III</b>	<b>Doğum kasımları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?</b>						
18	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı panik					Hiç panik değil	
19	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok	
20	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok	
21	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı öz güvenli					Öz güveni yok	
22	0	1	2	3	4	5	
	Son derece güvenli					Kendine güvensiz	
23	0	1	2	3	4	5	
	Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok	
<b>IV</b>	<b>Doğum kasımlarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?</b>						
24	0	1	2	3	4	5	
	Son derece kötü bir şekilde davrandım					Kötü bir şekilde davranmadım	
25	0	1	2	3	4	5	
	Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin verdim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermedim	
26	0	1	2	3	4	5	
	Kontrolümü tamamen kaybettim					Kontrolümü kaybetmedim	
<b>V</b>	<b>Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?</b>						
27	0	1	2	3	4	5	
	Son derece keyif verici					Hiç keyif verici değil	
28	0	1	2	3	4	5	
	Son derece doğal					Hiç doğal değil	
29	0	1	2	3	4	5	
	Tamamen olması gerektiği gibi					Hiç olması gerektiği gibi değil	
30	0	1	2	3	4	5	
	Son derece tehlikeli					Hiç tehlikeli değil	
<b>VI</b>	<b>Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?</b>						
31	...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?						
	0	1	2	3	4	5	
	Hiç					Çok sık	
32	... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?						
	0	1	2	3	4	5	
	Hiç					Çok sık	

## EK 7: Kişisel Bilgi Formu

**Değerli Katılımcı,**

Anket No:

Doktora tez çalışması olan bu araştırmanın amacı, "Primipar Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Doğum Korkusu, Doğum Deneyimi, Doğum Şekli, Prenatal ve Maternal Bağlanmaya Etkisi"ni belirlemektir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

*Öğr. Gör. Özlem AKIN<sup>1</sup>*

*Prof. Dr. Nülüfer ERBİL<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

**1. Yaşınız:.....**

**2. Eğitimi durumunuz:**

1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

**3. Mesleğiniz?**

1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Diğer (.....)

**4. Eşinizin eğitim durumu:**

1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

**5. Eşinizin mesleği:**

1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest meslek 5) Diğer (.....)

**6. Aile tipiniz? 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile**

**7. Ailenizin gelir seviyesi:**

1) Düşük düzeyde 2) Orta düzeyde 3) Yüksek düzeyde

**8. Yerleşim yeriniz:**

1) Köy 2) İlçe 3) Şehir

**9. Düşük sayısı:.....**

**10. Gebelik haftası?.....**

**11. Gebelik ve doğum hakkında eğitim aldınız mı?**

1) Evet 2) Hayır

**12. Bebek bakımı hakkında bilgi sahibi misiniz?**

1) Evet 2) Hayır

**13. Gebeliği isteme durumu:**

1) İstiyor 2) İstemiyor

**14. Eşinizle ilişkiniz:**

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

## EK 8: Postpartum Soru Formu

### POSTPARTUM SORU FORMU

#### 1. Doğum şekliniz nedir?

- 1) Normal doğum
- 2) Sezaryen doğum

#### 2. Doğum salonuna kabul edildiğinizde gebelik haftanız kaçtı?.....

#### 3. Doğum eylemi spontan mı başladı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

#### 4. Doğum eylem anında herhangi bir müdahale yapıldı mı?

- 1) Hayır
- 2) Epizyotomi /dikişli doğum
- 3) Vakum uygulaması
- 4) Fundal basınç
- 5) Diğer

#### 5. Doğum sonrası anne bebek iletişimi ne zaman başladı?

- 1) İlk 5 dakika içinde
- 2) 5-10 dakika
- 3) 10-20 dakika
- 4) 20 dakika ve sonra

#### 6. Doğumdan sonra bebeğinizi ne kadar süre sonra emzirdiniz?.....

#### 7. Gelecekte tekrar doğum yaparsanız hangi doğum şeklini tercih ederdiniz?

- 1) Normal doğum
- 2) Sezaryen doğum

#### 8. Bilinçli farkındalık eğitiminin doğum korkusu üzerine bir etkisi olduğunu söyleyebilir misiniz?

- 1) Evet
- 2) Kısmen
- 3) Hayır

**Ek 9: Görüşü Alınan Uzmanlar**

Prof. Dr. Nülüfer Erbil

Doç. Dr. Eda Şahin

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Şahin

## EK 10: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)

Değerli Katılımcı doktora tezi olarak "Gebelerin Doğum Korkusu, Prenatal ve Maternal Bağlanma ve Doğum Şekline Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Etkisi" konulu bir araştırma yapmaktayız. Çalışmamızda size bilinçli farkındalık eğitimi verilecek, müdahaleyi takiben 32. gebelik haftasından sonra, doğum sonrası 1. gün ve 1. ayda konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Araştırmanın yapılması için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen bulgular, gebelere verilecek bakımın kalitesine katkı sağlayacaktır. Çalışma, şu anda bulunduğunuz hastane prosedürü dışında herhangi bir müdahale içermemektedir ve herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedikleriniz anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim. |

**Öğr. Gör. Özlem AKIN**

**Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Cep Telefonu:**

Ben ,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

**Tarih:** .... / ..... / .....

**Katılımcı Adı Soyadı:**

**İmza:**

## EK 11: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

Değerli Katılımcı doktora tezi olarak "Gebelerin Doğum Korkusu, Prenatal ve Maternal Bağlanma ve Doğum Şekline Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Etkisi" konulu bir araştırma yapmaktayız. Çalışmamızda size 32. gebelik haftasından sonra, doğum sonrası 1. gün ve 1. ayda konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır. Araştırmanın yapılması için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen bulgular, gebelere verilecek bakımın kalitesine katkı sağlayacaktır. Çalışma, şu anda bulunduğunuz hastane prosedürü dışında herhangi bir müdahale içermemekte ve herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

**Öğr. Gör. Özlem AKIN**

**Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**

**Cep Telefonu:**

Ben ..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

**Tarih:** .../...../.....

**Katılımcı Adı Soyadı:**

**İmza:**

## EK 12: Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Eğitimi Sertifikası



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİ**  
**MERKEZİ**

**BAŞKENT UNIVERSITY**  
**EDUCATION AND CONSULTING**  
**CENTER**



**BİLİNÇLİ FARKINDALIK (MINDFULNESS) EĞİTİMİ SERTİFİKASI**  
**CERTIFICATE OF MINDFULNESS TRAINING**

*This certificate is awarded to*  
**ÖZLEM AKIN**

Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi tarafından düzenlenen 84 Saat (uzaktan) 36 Saat (örgün) "**Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)**" eğitim programına katılmış ve yapılan sınavda başarılı olarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

has participated in 84 Hours (remote) 36 Hours (formal) of "**Mindfulness Training**" organized by Başkent University Education and Consultancy Center and has been entitled to receive this certificate upon successfully passing the exam.

**PROF.DR. ALİ HALICI**  
DIRECTOR

**PROF.DR. ALİ HABERAL**  
RECTOR

Bu belgenin aslı yandaki QR kod ile doğrulanabilir.



20241/21-129

Barkod No: UN\_04130201326600056809

## EK 13: Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitim Broşürü

### BİLİNÇLİ FARKINDALIK NEDİR?

İçinde yaşanılan zaman diliminde oluşan olayları yargılamadan, kabullenerek farkında olmak ve dikkat etmektir.

“Gebeliğe dair her şey bize tamamen ann içinde olma olasılığını anmsatabilir. Bebeğinizin hareketi, ultrasonda gördüğünüz ifade, gelip geçen bir kasılma, bebeğinizle kurduğunuz hayaller... Her şey. Tabii eğer farkındalıkla karşılanırsa.”

### 7 ÖNEMLİ UNSUR

- Sabır
- Yargılamama
- İzin verme
- Zorlamama
- Güven
- Kabul
- Acemi zihni



Hayatta Olduğumuz Her Ana Dinginlik, Farkındalık ve Bütünleşmiş Bir Varoluş Katmak Mümkündür. Hayatınıza Farkındalık Katmak Sizin Elimizde ve Yapmanız Gerekten Tek Şey Kendi Yolunuzu Bulmak!

### Gebeliğinizi Bu Şekilde Onurlandırmaya Hazır Mısınız?



Nefes alıyorsan kötü şeylere nazaran iyi şeyler çoğunlukta demektir.

Jon Kabat Zinn

### BİLİNÇLİ FARKINDALIK EĞİTİMİ GEBEYE NE SAĞLAR?

- Mutlu, rahat, hazır ve uyanık olmayı
- Gebeliğe dair olumsuz düşünceleri yargılamadan kabul etmeyi
- Düşünceleri gelip giden zihinsel olaylar olarak görmeyi
- Nefese odaklanmayı
- Gözlemci perspektifi ile bakmayı
- Dikkati o ana sabitlemeyi
- Bedene odaklanmayı
- Şefkat geliştirmeyi
- Bebeğinizle bağ kurmayı

### NELER ÖĞRENECEĞİZ?

- "Şu An" da kalmak
- Otomatik pilottan çıkmak
- İnfomal pratikler
- Yeme farkındalığı
- Nefes egzersizi
- Beden taraması
- Gözlemci perspektifi
- Bilinçli gebelik ve doğum



### ÖNERİLER

- Şimdiki an, içinde yaşadığımız, hissettiğimiz ve değiştirmiş yegâne zamandır. Geçmiş geleceğin çekimine karşı koymayı öğrenmek zorundayız. Yaşadığımız andan ibaret olan hayatımızın değerini bilin.
- Saatte bir en az bir dakika boyunca farkındalıkla kalmayı deneyin.
- Nerede olursanız olun, gün içinde mümkün olduğu kadar sık nefesinize odaklanın.
- Ağrı, yüzeysel nefes alma, gerginlik gibi fiziksel semptomlar ile ruh haliniz arasındaki bağlantıları fark edin.
- Rahatlama, egzersiz, sağlıklı beslenme, yeterli uyku, eğlence ihtiyaçlarınızı farkındalıkla yaklaşın.
- Özellikle stresli bir gün ya da olay sonrasında o gün dengeyi sağlanması için gereken adımları atın.



### İletişim İçin

Öğr. Gör. Özlem AKIN  
RTEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi  
akinozlem@gmail.com

### FORMAL PRATİKLER

Yeri, zamanı ve yöntemi belli olan yapılandırılmış uygulamalardır.

#### BEDEN TARAMASI

Dikkatin sistemli bir şekilde mevcut bedensel hislerdeki bilincini artırmak için sırayla beden çeşitli bölümlerine odaklanma sürecidir.

#### FARKINDA NEFES ALMA

Nefesin baskın olarak nerede duyulduğuna ve solunan her bir nefesin bedende uyandırdığı hissiyatı fark etmeye çalışmaktır.

#### Nefesimizin Ruh Halimizle Nasıl Değiştiğini Hiç Fark Eттіniz mi?

#### DUYGU VE DÜŞÜNCELERE MESAFE KOYARAK DİKKAT VE ŞEFKAT GELİŞTİRME

Bireylerin olumsuz duygu ve düşünceleri ile arasına mesafe koyması ve iyilik halini artıran becerileri öğrenmesidir.

Dikkat ve şefkatli düşünceler ve duygular dahil tüm deneyimlere entegre edildiği pratik bir farkındalık yöntemidir.

### İNFOMAL PRATİKLER

- Günlük rutininizde değişiklik yapmadan ve uygulama için ayrı bir zaman ayırmadan her gün yaptığımız işleri farkındalık ile yapmaktır.
- Bilinçli farkındalık pratiklerini bir yaşam biçimine dönüştürmeyi ifade eder.
- Her an her yerde yapılabilir.
- Tek gereklilik uyanık olmaktır.

#### GÜNLÜK YAŞAMDA UYGULANAN PRATİKLER

- Farkında Yürüme
- Sesleri Farkında Dinleme
- Farkında Yeme
- Rutin Aktivitelere Farkındalık Geliştirme (bulaşık yıkama, temizlik yapma vb.)

## GEBELERDE BİLİNÇLİ FARKINDALIK EĞİTİMİ





**Ek 14:** Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Grup İçi Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
<b>Deney grubu</b>					
Yaş	40	0.726	0.374	2.110	0.733
Düşük sayısı*	5	2.236	0.913	5.000	2.000
Gebelikhaftası	40	0.296	0.374	-1.026	0.733
Doğum salonuna kabul edildiğinizde gebelik haftası	40	-0.449	0.374	0.151	0.733
Eğitim öncesi W-DEQ-A toplam*	40	0.813	0.374	3.414	0.733
Eğitim sonrası W-DEQ-A toplam	40	1.101	0.374	1.342	0.733
Eğitim öncesi PBE toplam	40	-1.268	0.374	1.250	0.733
Eğitim sonrası PBE toplam*	40	-1.377	0.374	1.996	0.733
Doğum sonrası W-DEQ-B toplam	40	0.498	0.374	0.071	0.733
Kasılmalara ilişkin kaygılar toplam	40	-0.558	0.374	0.079	0.733
Olumlu davranış yetersizlik toplam	40	-0.723	0.374	-0.352	0.733
Yalnızlık toplam*	40	-1.774	0.374	2.739	0.733
Olumlu duygularda yetersizlik toplam	40	0.252	0.374	-0.438	0.733
Doğuma ilişkin kaygılar toplam	40	1.374	0.374	0.798	0.733
Bebeğe ilişkin kaygılar toplam	40	0.633	0.374	-1.013	0.733
Doğum sonrası MBÖ toplam*	40	-1.777	0.374	2.283	0.733
DÖ W-DEQ-A grup	40	-0.242	0.374	-0.541	0.733
<b>Kontrol Grubu</b>					
Yaş	40	0.004	0.374	-0.672	0.733
Düşük sayısı*	5	2.236	0.913	5.000	2.000
Gebelik haftası	40	0.356	0.374	-0.987	0.733
Doğum salonuna kabul edildiğinizde gebelik haftası*	40	-1.877	0.374	5.063	0.733
Eğitim öncesi W-DEQ-A toplam	40	-0.018	0.374	0.187	0.733
Eğitim sonrası W-DEQ-A toplam*	40	1.669	0.374	5.830	0.733
Eğitim öncesi PBE toplam	40	-0.685	0.374	0.941	0.733
Eğitim sonrası prenatal bağlanma toplam	40	-0.917	0.374	1.167	0.733
Doğum sonrası W-DEQ-B toplam	40	1.002	0.374	0.951	0.733
Kasılmalara ilişkin kaygılar toplam	40	0.134	0.374	-0.265	0.733
Olumlu davranış yetersizlik toplam*	40	-0.845	0.374	1.529	0.733
Yalnızlık toplam	40	-0.593	0.374	-0.703	0.733
Olumlu duygularda yetersizlik toplam	40	-0.176	0.374	-0.690	0.733
Doğuma ilişkin kaygılar toplam	40	1.194	0.374	0.840	0.733
Bebeğe ilişkin kaygılar toplam	40	0.463	0.374	-1.144	0.733
Doğum sonrası MBÖ toplam*	40	-3.337	0.374	13.529	0.733
DÖ W-DEQ-A grup	40	0.104	0.374	0.856	0.733

\* Normal Dağılmayan Verilerdir.

**Ek 15:** Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	80	0.392	0.269	0.777	0.532
Düşük Sayısı*	10	2.277	0.687	4.765	1.334
Gebelik haftası	80	0.340	0.269	-0.973	0.532
Doğum Salonuna Kabul Edildiğinizde Gebelik Haftası*	80	-1.464	0.269	4.079	0.532
Eğitim öncesi W-DEQ-A toplam*	80	0.696	0.269	3.097	0.532
Eğitim sonrası W-DEQ-A toplam*	80	1.434	0.269	4.352	0.532
Eğitim öncesi PBÖ toplam	80	-0.934	0.269	0.901	0.532
Eğitim sonrası PBÖ toplam	80	-1.071	0.269	1.398	0.532
Doğum sonrası W-DEQ-B toplam	80	0.763	0.269	0.498	0.532
Kasılmalara ilişkin kaygılar toplam	80	-0.260	0.269	-0.015	0.532
Olumlu davranışlarda yetersizlik toplam	80	-0.914	0.269	1.583	0.532
Yalnızlık toplam	80	-1.090	0.269	0.496	0.532
Olumlu duygularda yetersizlik toplam	80	0.032	0.269	-0.640	0.532
Doğuma ilişkin kaygılar toplam	80	1.252	0.269	0.664	0.532
Bebeğe ilişkin kaygılar toplam	80	0.537	0.269	-1.093	0.532
Doğum sonrası maternal bağlanma toplam*	80	-2.442	0.269	6.584	0.532
W-DEQ-A grup	80	-0.029	0.269	-0.173	0.532

\* Normal Dağılmayan Verilerdir.

## EK 16: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonu Ölçeği Kullanım İzni

14.08.2021

Gmail - (konu yok)



özlem akın <akinozleem@gmail.com>

(konu yok)

Oznur Korukcu <oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr>  
Alıcı: özlem akın <akinozleem@gmail.com>

12 Temmuz 2021 10:30

Sayın Özlem AKIN,  
W-DEQ A ve B versiyonlarını ekte gönderiyorum. W-DEQ A versiyonu gebelik döneminde doğum korkusunu ölçerken, W-DEQ B versiyonu doğum sonu dönemde doğum korkusuna yönelik deneyimleri ölçüyor. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Nülüfer Hocama selamlar..

Sevgilerimle.

Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

Kimden: özlem akın [akinozleem@gmail.com]  
Gönderildi: 11 Temmuz 2021 Pazar 19:03  
Kime: Oznur Korukcu  
Konu:

Sayın Hocam,  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesinde Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde Öğretim Görevlisiyim aynı zamanda, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim, Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğini" danışmanım Prof. Dr. Nülüfer ERBİL ile yapmayı planladığımız tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz? Teşekkür ederim.  
Saygılarımla.  
Öğr. Gör. Özlem AKIN  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
e-posta: ozlem.akin@erdogan.edu.tr<mailto:ozlem.akin@erdogan.edu.tr> akinozleem@gmail.com<mailto:akinozleem@gmail.com>

5 eklenti

- W-DEQ A (2).doc  
72K
- W-DEQ A makale (2).pdf  
100K
- W-DEQ B.doc  
74K
- W-DEQ B.pdf  
435K
- Archives Psyciatric Nursing.pdf  
362K

## EK 17: Prenatal Bağlanma Envanteri Kullanım İzni

14.08.2021

Gmail - Fwd: Prenatal Bağlanma Envanteri



özlem akın <akinozleem@gmail.com>

### Fwd: Prenatal Bağlanma Envanteri

2 ileti

syilmaz33@gmail.com <syilmaz33@gmail.com>  
Alıcı: akinozleem@gmail.com

12 Temmuz 2021 12:55

Sayın Özlem Akın,  
Prenatal Bağlanma Envanteri'ni tez çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ekte ölçek ve ilgili çalışmalar bulabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim...

>  
> Selamlar....  
>  
> --  
> Sema Dereli YILMAZ, PhD  
> Selcuk University  
> Health Sciences Faculty  
> Department of Midwifery

#### 6 eklenti

- Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey.pdf  
219K
- Prenatal Anne - Bebek Bağlanması.pdf  
802K
- Prenatal bağlanma envanteri geçerlik-güvenirlilik.pdf  
423K
- Prenatal Bağlanma Envanteri.doc  
45K
- prenatal bağlanma Genel tıp.pdf  
315K
- Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma.pdf  
278K

özlem akın <akinozleem@gmail.com>  
Alıcı: syilmaz33@gmail.com

12 Temmuz 2021 15:12

Sayın Hocam,  
Değerli vaktinizi ayırdığınız için şükranlarımı sunarım.  
Saygılarımla...

Öğr. Gör. Özlem AKIN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

e-posta: ozlem.akin@erdogan.edu.tr akinozleem@gmail.com

<syilmaz33@gmail.com> adresine sahip kullanıcı 12 Tem 2021 Pzt, 12:55 tarihinde şunu yazdı:

[Ayrıntılan metin gizlendi]

## EK 18: Maternal Bağlanma Ölçeği Kullanım İzni

27.02.2023 12:23

Gmail - Ölçek izni



özlem akın <akinozleem@gmail.com>

### ölçek izni

oya kavlak <oya.kavlak@ege.edu.tr>

12 Temmuz 2021 11:03

Alıcı: özlem akın <akinozleem@gmail.com>

Sevgili Özlem  
izin ektedir. Çalışmada başarılar dilerim  
Sevgiler



EGE Üniversitesi

www.ege.edu.tr

#### OYA KAVLAK

*Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Kadın Sağlığı ve*

*Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

*Prof. Dr.*

*Tel: 0 (232) 311 5579*

Kimden: "özlem akın" <akinozleem@gmail.com>

Kime: "oya kavlak" <oya.kavlak@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 11 Temmuz Pazar 2021 18:46:28

Konu: ölçek izni

**DİKKAT:** Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı [nyg.yardim@mail.ege.edu.tr](mailto:nyg.yardim@mail.ege.edu.tr) adresine bilgi veriniz.

[Ayrıntılan metin gizlendi]

## EK 19: Etik Kurul İzni



T.C. ORDU ÜNİVERSİTESİ - Ordu  
Üniversitesi Rektörlüğü - Tıp Fakültesi  
Dekanlığı  
21.10.2021 10:13  
Sayı: 91120269-800-E.0653216  
000653216

**T.C.**  
**ORDU ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI**

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
18.10.2021	21	15.00	233

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, “Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoesdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları” 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2021/ 233**

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL’in, KAEK 237 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu “**Primipar Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Doğum Korkusu, Doğum Şekli, Doğum Deneyimi, Prenatal ve Maternal Bağlanmaya Etkisi**” başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

**e-imzalıdır**  
**Doç. Dr. Ali YILMAZ**  
**Ordu Üniversitesi**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V.**

## EK 20: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı



T.C.  
RİZE VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

RİZE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - RİZE DESTEK  
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI  
23/09/2021 16:43 - E-64247179 - 799 - 7898



Sayı : E-64247179-799  
Konu : Öğr.Gör.Özlem AKIN/Bilimsel  
Araştırma İzni

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Öğr.Gör.Özlem AKIN, kurumumuza bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "**Primipar Gebelerde Bilinçli Farkındalık Eğitiminin Doğum Korkusu, Doğum Şekli, Doğum Deneyimi, Prenatal ve Maternal Bağlanmaya Etkisi**" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde **15/10/2021-15/10/2022** tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Fatih TURAN  
Dest.Hiz.Bşk. Yrd.

**Uygun görüşle arz ederim.**

.../.../2021

Dr.Hakan GÖRGÜLÜ  
Dest. Hizm. Başkanı

**OLUR**

.../.../2021

Dr.Mustafa TEPE  
İl Sağlık Müdürü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Bilgilerinizi ve yazımız ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiye tebliği hususunda gereğini rica ederim.

**EKLER:**  
Protokol (2 Sayfa)

Dr.Mustafa TEPE  
İl Sağlık Müdürü

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Özlem AKIN  
**Doğum Yeri** : Giresun  
**Doğum Tarihi** : 20.05.1993  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : akinozleem@gmail.com ozlem.akin@erdogan.edu.tr  
**İletişim Bilgileri** : RTEÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi  
+90 464 214 1059 Dahili: 4010

### Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012-2016
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016-2018
Doktora	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019-.....

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Tirebolu Devlet Hastanesi, Acil Servisi, Giresun	2017-2019
Öğr. Gör.	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Rize	2019-.....



## Yayınlanan Makaleler

1. Akın Ö, Erbil N. (2023). Investigation of coping behaviors and premenstrual syndrome among university students. *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04419-1>
2. Yılmaz Yavuz A, Aşık Özdemir V, Akın Ö. (2023). The changes in the daily lives and life satisfaction of female academicians during the pandemic process. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 7 (1), 314-325. DOI: 10.30621/jbachs.1107568
3. Şahbaz G, Yücesoy H, Akın Ö, Erbil N. (2022). Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4 (2), 85-90.
4. Akın Ö, Demirel Özbek Y. (2022). İleri glikasyon son ürünlerinin gebelik üzerine etkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5 (1), 39-55.
5. Akın Ö, Erbil N. (2022). COVID-19 pandemisinde gebelik süreci ve doğum korkusu. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4 (1), 39-44. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.988885>
6. Akın Ö, Erbil N. (2022). Turkish validity and reliability study of the pregnancy stress rating scale. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 8 (2), 208-222.
7. Akın Ö, Altınsoy C. (2021). Göçmen kadınların beslenmeye dair sorunları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 116-126.
8. Yücesoy H, Akın Ö, Şahbaz G, Erbil N. (2021). İnfertilitede çift uyumu ve cinsel fonksiyon. *Androloji Bülteni*, 23 (2), 123-128.
9. Akın Ö, Şahbaz G, Yücesoy H, Erbil N. (2021). Doğum yönetiminde etik sorunlar ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 78-88.
10. Demirel Özbek Y, Akın Ö. (2021). Gebelikte stevia kullanımı. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 2 (1), 76-92.
11. Akın Ö, Şahin E. (2020). Yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3 (1), 55-75.
12. Akın Ö, Erbil N. (2020). Doğum şekli ve emzirme: Sistemik derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3 (3), 302-318.

## **Bildiriler**

1. Gümüşler Başaran A, Akın Ö. Pandemi sürecinde hemşirelik bölümü öğrencilerinin covid-19 korkusu ve saldırganlık düzeyleri. 8. Bilim Günleri Kongresi, İstanbul, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi 8. Bilim Günleri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 9-11 Mayıs, 2022; 56.
2. Akın Ö, Erbil N. Does mindfulness intervention reduce fear of childbirth in pregnancy? Systematic review. World Women Conference-IV Mata Sundri College for Women, University of Delhi/March 8-9, 2022, India, The Proceedings Book, 2022; 696-706.
3. Akın Ö, Erbil N. Does mindfulness-based interventions to pregnant women reduce postpartum depression? Systematic review. World Women Conference-IV Mata Sundri College for Women, University of Delhi/March 8-9, 2022, India, The Proceedings Book, 2022; 707-721.
4. Akın Ö, Erbil N. Covid-19 pandemisi ve gebelerde doğum korkusu. Dünyada ve Ülkemizde Covid-19 Pandemisinin Hemşireliğe ve Hemşirelik Vizyonuna Etkileri, İstanbul, 14-16 Haziran, 2021; 161-162.
5. Yılmaz Yavuz A, Aşık Özdemir V, Akın Ö. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kadın Akademisyenlerin Günlük Yaşamlarındaki Değişimin Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Turkey, 7-9 Ocak, 2021.
6. Akın Ö, Erbil N. Doğum şekli ve Emzirme: Sistemantik Derleme. Haliç Üniversitesi I. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, Her Yönüyle Kadın Sağlığı, İstanbul, 12-13 Eylül, 2020.
7. Akın Ö, şahin E. Farklı Kültürlere Özgü Doğum Sonu Geleneksel Uygulamalar. 2. Uluslararası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 3-6 Ekim, Konya, 2019.
8. Akın Ö, Erbil N. Turkish validity and reliability study of the Pregnancy Stress Rating Scale. 11th Athens Congress on Women's Health and Disease, vol.54, Atina, Greece, 2018.