

PINAR IRMAK VURAL

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2017



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**DOĞUM KORKUSUNU AZALTMADA İKİ FARKLI TEKNİK:
DUYGUSAL ÖZGÜRLEŞME VE NEFES FARKINDALIĞI**

PINAR IRMAK VURAL


**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ERGÜL ASLAN**

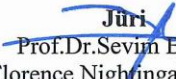
**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

DOKTORA TEZİ ONAYI

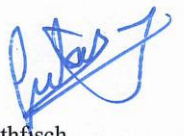
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Pınar Irmak Vural tarafından Doç.Dr.Ergül Aslan danışmanlığında hazırlanan "Doğum Korkusunu Azaltmada İki Farklı Teknik: Duygusal Özgürleşme ve Nefes Farkındalığı" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 27 / 11 / 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı
Prof.Dr.Nezilhe Kızılkaya Beji
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü


Jüri
Prof.Dr.Sevim Buzlu
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri
Prof.Dr.Nurdan Demirci
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri Danışman
Doç.Dr.Ergül Aslan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı


Jüri
Doç.Dr.Gülay Rathfisch
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Pınar IRMAK VURAL



İTHAF

Bu çalışmamı aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteklerini sağlayan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ergül ASLAN'a, tezimin şekillenmesi aşamasında değerli fikirlerini bizimle paylaşan ve geri bildirimleri ile katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, Prof. Dr. Sevim BUZLU'ya, Doç. Dr. Gülay RATHFISCH'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmanın uygulama aşamasındaki yardımları için Medipol Mega Hastaneler Kompleksi doğumhanesinde çalışan değerli ebelere ve hemşirelere ve sevgili öğrencim Merve ÖZTÜRK'e, sevgili arkadaşlarım Demet İNANGİL ve Gülşah KÖRPE'ye,

Beni her zaman destekleyen, seviç, üzüntü ve heyecanlarımı paylaşan değerli annem, babam ve kardeşime, desteğini her zaman hissettiren kıymetli eşime ve değerli kızıma çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
İTHAF	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER	Vii
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
ÖZET	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum Eylemi	4
2.1.1. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler	5
2.1.1.1. Doğum Kanalı	5
2.1.1.2. Doğum Objesi Fetüs.....	6
2.1.1.3. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Güçler.....	7
2.1.1.4. Doğum Eyleminde Rol Alan Hormonlar	8
2.1.1.5. Annenin Psikososyal Durumu.....	9
2.1.2. Doğumun Evreleri.....	9
2.1.2.1. Birinci Evre (Dilatasyon/Açılma Evresi).....	9
2.1.2.2. İkinci Evre (İtilme/Ekspulsiyon Evresi).....	11
2.1.2.3. Üçüncü Evre (Plasenta/Halas Evresi)	13
2.1.2.4. Dördüncü Evre (Kanama Kontrol/Erken Lohusalık Evresi).....	13
2.1.3. Doğum Ağrısı.....	13
2.2. Doğum Korkusu.....	15
2.2.1. Doğum Korkusu Belirtileri	18
2.2.2. Doğum Korkusunun Nedenleri	19
2.2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları.....	21
2.2.4. Doğum Korkusunun Doğum Eylemine Etkisi	23
2.2.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmede Teknikler	24

2.3. Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT).....	27
2.3.1. EFT'nin Gelişim Süreci	29
2.3.2. EFT'nin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması.....	30
2.3.3. EFT Turu	35
2.3.4. EFT Uygulama Protokolleri.....	40
2.3.5. EFT Kullanım Alanları	43
2.3.6. Gebelik ve Doğumda EFT'nin Kullanımı.....	44
2.4. Nefes Farkındalığı.....	45
2.4.1. Nefes Farkındalığı Nörofizyolojisi ve Etkileri.....	47
2.4.2. Nefes Farkındalığı Uygulaması	48
2.4.3. Doğumda Nefes Farkındalığı Kullanımı.....	50
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı.....	52
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	52
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	52
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	53
3.5. Verilerin Toplanması	54
3.6. Veri Toplama Araçları	59
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	63
3.8. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri.....	64
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	64
4. BULGULAR.....	65
4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Bulguları.....	66
4.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguları	70
4.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalara İlişkin Görüşlerine Dair Bulguları	79
4.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguları	85
5. TARTIŞMA.....	106
5.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	107
5.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	113

5.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalar İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	114
5.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguların Tartışılması	118
KAYNAKLAR	126
EKLER.....	151
EK 1. TANITICI ÖZELLİKLER VERİ FORMU.....	152
EK 2. WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VERSİYONU	152
EK 3. WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) B VERSİYONU	161
EK 4. ÖZNEL RAHATSIZLIK BİRİMİ (SUD).....	165
EK 5. İNNATAL DEĞERLENDİRME FORMU	166
EK 6. DUYGUSAL ÖZGÜRLEŞME TEKNİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU	168
EK 7. NEFES FARKINDALIĞI UYGULAMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU.....	169
EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EFT GRUBU).....	170
EK 9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (NEFES FARKINDALIĞI GRUBU).....	171
EK 10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU).172	
EK 11. EMOTİONAL FREEDOM TECHNIQUES SERTİFİKASI.....	173
EK 12. EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU KATILIM BELGESİ.....	174
EK 13. ETİK KURUL İZİNİ	175
EK 14. ÖZEL MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ KURUM İZİNİ ...	179
EK 15. WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VE B VERSİYONLARININ KULLANIM İZİNİ	180
EK 16. ÖZNEL RAHATSIZLIK BİRİMİ (SUD) KULLANIMINA İLİŞKİN İZİN MAİLİ.....	181
ÖZGEÇMİŞ.....	182

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3-1: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonlarının Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Tablo 4-1: Gruplara Göre Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4-2: Gruplara Göre Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4-3: Gebelerin Doğum Korkusu Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4-4: Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ version A) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-5: Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (W-DEQ version B) Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-6: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ A Versiyonu ve W-DEQ B Versiyonu Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 4-7: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-8: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ B Versiyonu Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 4-9: Gruplara Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Özel Rahatsızlık Birimi (SUD) Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 4-10: Grupların Bazı Demografik Verilere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Farklarının Karşılaştırması

Tablo 4-11: EFT Grubundaki Gebelerin EFT Uygulaması ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Tablo 4-12: Nefes Farkındalığı Grubundaki Gebelerin Nefes Farkındalığı Uygulaması ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Tablo 4-13: Gebelerin Latent Fazdaki Servikal Dilatasyon İlerleyişine İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-14: Gebelerin Aktif Fazda Servikal Dilatasyon İlerleyişine İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-15: Gebelerin Latent Fazda Fetal Başın İniş Seviyesine İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-16: Gebelerin Aktif Fazda Fetal Başın İniş Seviyesine İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-17: Gebelerin Latent Fazda Uterin Kontraksiyon Sayısına İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-18: Gebelerin Aktif Fazda Uterin Kontraksiyon Sayısına İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-19: Gebelerin Latent Fazda Çocuk Kalp Sesleri (ÇKS) Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-20: Gebelerin Aktif Fazda Çocuk Kalp Sesleri (ÇKS) Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-21: Gebelerin Latent Fazda Amnion Zarı Değerlendirmesi

Tablo 4-22: Gebelerin Latent Fazda Sistolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-23: Gebelerin Aktif Fazda Sistolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-24: Gebelerin Latent Fazda Diastolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-25: Gebelerin Aktif Fazda Diastolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Tablo 4-26: Grupların Doğum Süresi, Fundal Basıncı ve Perineal Yırtık Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

Tablo 4-27: Gruplara Göre Yenidoğana İlişkin Özelliklerin Dağılımı

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: EFT Tıklama Noktaları

Şekil 2-2: EFT'nin Eldeki Tıklama Noktaları

Şekil 2-3: Gamut Noktası

Şekil 3-1: Araştırma Akış Şeması



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

BKİ: Beden Kitle İndeksi

cm: Santimetre

CRH: Kortikotropin Relasing Hormon

ÇKS: Çocuk Kalp Sesleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

EFT: Emotional Freedom Technique

FFF: Savaş, Kaç ya da Donarak Kal (fight /flight /freze)

fMRI: Fonksiyonel Manyetik Rezonans

GABA: Gamma Amino Bütirik Asit

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

HPA aks: Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks

kg: Kilogram

ml/dl: Desiliter Başına Miligram

mmHg: Milimetre Civa

NCSS: Number Cruncher Statistical System

NF: Nefes Farkındalığı

PCO₂: Parsiyel Karbondioksit Basıncı

PO₂: Parsiyel Oksijen Basıncı

SUD: Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Distress Scale)

TAT: Tapas Akupresür Tekniği

TENS: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu

TFT: Düşünce Alanı Terapisi (Thought Field Therapy)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

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

W-DEQ version B: Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ÖZET

Vural, P. (2017). Doğum Korkusunu Azaltmada İki Farklı Teknik: Duygusal Özgürleşme ve Nefes Farkındalığı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma doğum korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT) ve nefes farkındalığı (NF) uygulamalarının etkinliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırma bir vakıf üniversite hastanesinde Nisan 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Randomizasyonla gruplara ayrılmış doğum korkusu olan 35'er gebe EFT ve NF, 50 gebe kontrol grubunda olmak üzere toplamda 120 gebeyle yürütüldü. Gebelere öncelikle Tanıtıcı Özellikler Veri Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu uygulandı, dahil olduğu gruplara göre uygulamalar yapıldı. Doğumun birinci evresinde her bir fazın başında ve sonunda Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) ile doğum korkusu düzeyi belirlendi. İkinci evrede İnnatal Dönem Değerlendirme Formu uygulandı. Doğum gerçekleşikten 24 saat sonra ise Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B (W-DEQ B) versiyonu ve EFT ya da NF uygulaması anket formu uygulandı. Gebelerin gruplara göre sosyodemografik ve gebelik özellikleri, W-DEQ A versiyonu puan toplamları arasında farklılık saptanmadı ($p>0,05$). W-DEQ B versiyonundan alınan puan toplamları arasında farklılık saptandı ($p<0,01$). Kontrol grubunun puanı, EFT ve NF grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,01$). W-DEQ B versiyonunun alt boyutlarında olumlu davranışların eksikliği, yalnızlık ve doğumla ilgili kaygı düzeylerinde farklılık saptandı ($p<0,01$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD aktif ve geçiş faz değeri, EFT grubu olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,01$). Araştırmaya katılan grupların uygulama öncesi ve sonrası SUD farkları değerlendirildiğinde; yaşı 20-30 olan gebelerde, EFT grubu latent, aktif ve geçiş fazı farkları NF grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$).

Sonuç olarak, doğum korkusunu azaltmada EFT'nin, nefes farkındalığına göre daha etkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: duygusal özgürleşme tekniği, nefes farkındalığı, doğum korkusu, travay, doğum beklentisi

ABSTRACT

Vural, P.I. (2017). Two Different Techniques to Reduce Fear of Birth: Emotional Freedom and Breathing Awareness. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Women Health and Gynecologic Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This study is a randomized controlled trial research aiming at estimating the effects of Emotional Freedom Technique (EFT) and Breathing Awareness (BA). The research was conducted between April 2016-May 2017 in a foundation hospital. It was conducted on 120 expecting women separated into groups by randomization, of which 35 were treated with EFT, another 35 with BA and remaining 50 constituted the control group. Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) Version A was given to expecting patients, then techniques were applied accordingly with groups to which patients belonged. In the first stage, at the beginning and end of every phase, the level of fear was determined with Subjective Units of Distress (SUD). 24 hours after the birth, the W-DEQ-B version was applied, together with the questionnaire regarding EFT or BA technique. The lack of significant differences between groups of expecting mothers was determined as for sociodemographic and pregnancy-related characteristic ($p>0,05$). Similarly, no difference as for the total scores of W-DEQ-A was spotted between groups of expectant mothers ($p>0,05$). The difference detected between total scores of W-DEQ-B ($p<0,01$) and the score of the control group was determined to be significantly higher ($p<0,01$) than those groups. In the analysis of sub-dimensions of W-DEQ-B, the difference was detected in the levels of positive action deficiency, loneliness and birth-related anxiety ($p<0,01$). Statistically, after the technique was applied in BA group, the value of SUD in active and transition phase was determined to be statistically significantly higher ($p<0,01$) than it was for the EFT group. The differences for 20-30 years old expectant mothers between latent, active and transition phase were found to be significantly higher ($p<0,01$).

As a result, it was determined that as for decreasing the childbirth fear, EFT is more effective than Breathing Awareness.

Keywords: emotional freedom technique, breathing awareness, childbirth fear, labour, birth expectation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eyleminin sonucu kesin olarak önceden tahmin edilemediği ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olması nedeniyle kadınlar doğum eyleminden korkmaktadır (Melender 2002b). Doğum korkusunu artıran faktörler; anne yaşı, düşük eğitim veya sosyo-ekonomik düzey, gebelik öncesi ve gebelikte ruhsal sorunlar, cinsel istismar veya cinsel sorunlar, kendine güven eksikliği veya düşük benlik saygısı, ağrı korkusu, düşük ağrı eşiği, genel kaygı halinin yüksekliği, negatif ruh hali, gebelikte psikolojik sorunlar, sosyal desteğin olmaması, günlük yaşamda çok sayıda stres kaynağı, bilgi eksikliği, önceki zorlayıcı doğumlar, olumsuz perinatal deneyimler ve doğumda hayal kırıklığı olarak sıralanabilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003).

Doğum öncesi hissedilen şiddetli korku, ağrı olacağı anksiyetesine ve travay boyunca strese sebep olabilmektedir. Doğum korkusu, özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde şiddetli düzeyde ise, doğum süreci olumsuz etkilenmektedir. Maternal ve neonatal komplikasyonlara, acil sezaryen operasyonlarına, doğum sonrası duygusal sorunlara, ebeveynlik rolüne uyum ve anne-bebek bağlanmasında sorunlara zemin hazırlayabilmektedir (Melender 2002b; Kroger 2004; Fenwick ve ark. 2009; Spice ve ark. 2009; Uçar ve Gölbaşı 2015). Stres durumunda fazla salgılanan kortizol hormonu, doğumu başlatan oksitosin hormonunun salınımını etkilemektedir. Bu etki sonucunda doğum süresi uzamakta, anne ve bebekte yorgunluk oluşabilmekte, laktogenez etkilenebilmekte, laktasyonun geç başlamasına ve emzirme sıklığının azalmasına neden olabilmektedir (Challis ve ark. 2000; Kroger 2004).

Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT), bireyin sahip olduğu her sınırlayıcı düşünce, rahatsız edici duygu ve anının, bedenindeki enerji akışını bozması ve tıkanıklık yaratması ilkesini temel alan enerji psikoterapisidir. EFT, Amerikalı bir mühendis ve NLP (Neuro Linguistic Programming- Duyu - Dil Programlama) uzmanı olan Gary Craig'in Amerikalı klinik psikolog Roger Callahan'in Düşünce Alanı Terapisi'nden (Thought Field Therapy-TFT) yola çıkarak geliştirdiği bir yöntemdir. Bu teknikte bireyi engelleyen düşünce, rahatsız eden duygu ya da anıya odaklanarak meridyen sistemi üzerinde yapılan uyarımlar (sıklıkla dokunma yolu ile) enerji akışını düzenleyerek bireyin rahatlamasını sağlamaktadır (The EFT Tapping Home). Carl Rogers tarafından geliştirilen hasta merkezli yaklaşımda olduğu gibi, EFT'de psikoterapi gibi yetkinlik seviyesinde farklılıklar barındıran bir yöntem yerine

kişisel koçluk yöntemi kullanılmakta, bireyin kendisine yardım etmesine destek verilmektedir (Church 2013a).

EFT uygulamasında her duygusal sorunu tedavi edebilmek için belirli bir sıralama ile 12 enerji noktasına tıklamalar yapılır ve buna ‘‘EFT Turu’’ denir (Craig 2004). EFT turu her zaman aynıdır ancak sorun hakkında uygulamanın etkileri yönlendirilebilmektedir. Başarılı ve kolay EFT uygulaması için farklı sorunlarla çeşitli biçimlerde çalışmak üzere EFT protokolleri mevcuttur (Hartmann 2016). EFT ile ilgili çalışmaların sonucunda pozitif sonuçlar elde edilmiş ve herhangi bir yan etki bildirilmemiştir (Feinstein 2012). Hartmann’ın belirttiğine göre; bağımlılık, öfke, endişe, görünümler, inançlar, yas, güven, ölüm, bağışlama, yaratıcılık, hedefler, öğrenme, şans, ağrı, ilişkiler, cinsellik, spiritüalizm ve irade gibi birçok konuda EFT uygulanabilmektedir (Hartmann 2016). EFT uygulamasının çalışma sonuçlarına göre çeşitli psikolojik ve fizyolojik sorunlarda olumlu etkisi ve uygulama sırasında herhangi bir yan etkisinin olmaması, gebelikte seçilebilecek iyi bir terapi yöntemidir. Geçmiş deneyimler ve duyularla önceden olumsuz algı oluşturulmuş gebelik ve doğum eyleminde, EFT uygulanarak gebeler rahatlayabilmekte ve olumsuz duygularını azaltabilmektedir. EFT uygulayarak, duygusal sorunları doğumun öncesinde çözmek, gebeyi doğum sırasındaki rahatsızlıklardan uzaklaştırabilir. EFT’nin enerji akışını düzenleyici etkisiyle travmalar ve korkuların yarattığı olumsuz etkiler iyileştirilebilir. EFT, gebeyi travay ve doğum sırasında, kontraksiyonlarda hissedilen ağrıyı azaltmaya ve travay süresinin kısalmasına yardımcı olmak için güvenle ve etkili bir şekilde uygulanabilir (Ghamsari ve Lavasani 2015).

Beden, zihin ve duygular bir bütündür ve nefes bu bütünlüğe köprü olup, arasındaki ilişkiyi düzenler. Nefes farkındalığı ile fiziksel, duygusal ve zihinsel kontrol, yaşamı kolaylaştırıcı teknikler, bireysel ve toplumsal farkındalık, varlığını yeniden var etmek ve bilinç seviyesini yükseltmek gibi yararlı sonuçlar elde edilebilmektedir. Doğru nefes almaya başlandığında fizik bedendeki tik, seğirme, tırnak yeme, el ve ayak sallama gibi istem dışı hareketlerin farkına varılmakta ve nefes teknikleriyle kontrol edilebilmektedir (Kartal 2016). Nefes farkındalığında; alınan her bir nefesle birlikte bedene yeni bir enerjinin ve yaşamın dolduğu hayal edilir. Verilen her bir nefesle birlikte üzüntü verici, stresli, hırs dolu duyguların ve kızgınlığın uzaklaştığı hissedilir. Herhangi bir yargılama olmaksızın nefes alış verişlerin gittikçe uzadığı fark edilir.

Nefes alışverişleri zamanla kişinin içe dönmesine, varoluşa uzanmasına neden olur (Rathfisch 2015b). En yaygın nefes uygulamaları nefes izleme, nefes tutma bırakma, kalbin ritmini değiştirici nefes, diyafram nefesi, bağlantılı dairesel nefes, alternatif burun nefesi, ters nefes, üçlü nefes, nefes tutma/karın kilitleme olarak sıralanabilir (Fidan 2014). Travay ve doğum sürecinde uygulanabilecek farklı nefes teknikleri de tanımlamıştır (Mongan 2012; Rathfisch 2015b).

Nefes tekniklerini öğrenmek gebenin sakin kalmasını sağlamakta ve rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Böylece fetüsün iyilik hali devam edip ve doğum eylemi kolaylaşmaktadır. Nefes teknikleri gebelerin kaslarını yönetebilmesini ve travay sürecindeki gebenin güvenini artırıp, ağrıyı kontrol edebilmesini geliştirmek ve rahatsızlık hissini azaltmak için kullanılmaktadır (Simkin ve Bolding 2004; Adams ve Bianchi 2008). Nefes farkındalığı, gebenin sadece sakinliğini koruması ve doğuma odaklanmasını sağlamaz, aynı zamanda kontraksiyonlara direnç göstermek yerine, ritmiyle uyumu, doğum ağrısının negatif algılamasından kurtulmayı ve konforun artmasını sağlamaktadır (Chuntharapat ve ark. 2008).

Hemşirelerin doğum eyleminde, gebenin olumsuz bir deneyim yaşamaması ve doğum sürecini gereksiz girişimlerden arındırılabilmesi için gebeyi uygun tekniklerle rahatlatması ve olumsuz davranışlardan kaçınması gerekmektedir. Bu sayede doğum sürecinde karşılaşılabilecek riskler azaltılmakta, daha başarılı ve konforlu bir doğum sağlanabilmektedir (Demirsoy ve Aksu 2015). Bu çalışmada doğum korkusunu azaltmada EFT ve nefes farkındalığı uygulamalarının etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Doğum eylemi “Düzenli gelip giden, rahatsız edici-ağrılı uterus kasılmalarının serviksin incelmesine (efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açtığı fizyolojik bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. Serviksin incelik genişlemesi, fetusun uterustan doğum kanalına geçerek doğmasına olanak sağlamaktadır. Doğum süreci spontan uterus kasılmalarıyla başlayıp, bebek doğduktan ve plasenta çıktıktan iki saat sonra son bulmaktadır (Cunningham ve ark. 2005; Rathfisch 2015a; Saydam 2016). Serviksteki dilatasyon ve fetüsü doğum kanalının içinde ileriye doğru hareket ettiren uterus kontraksiyonları sırasında oldukça enerji tüketilmektedir. Bu nedenle bu süreç İngilizce’de çalışma, emek ve çaba anlamına gelen “labor” ifadesiyle tanımlanmaktadır (Cunningham ve ark. 2005).

Doğumun normal doğum olarak tanımlanabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre bazı kriterlere uygun olması gerekmektedir. DSÖ normal doğumu “Spontan, düşük riskli olarak başlayan, doğum eylemi boyunca ve doğumun sonunda düşük riskli olarak sonuçlanan doğumdur. Yenidoğan spontan verteks pozisyonda tamamlanmış 37-42 gebelik haftaları arasında doğmaktadır. Doğumdan sonra anne ve bebek iyi durumdadır.” olarak tanımlamaktadır (WHO 1996). Kanada Obstetri ve Jinekologlar Birliği (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada-SOGC), Amerikan Kadın Sağlığı, Obstetri ve Neonatal Hemşireliği Derneği (Assosiation of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses-AWHONN) ve Kanada Ebeler Birliği (Canadian Association of Midwives-CAM) de DSÖ’nün tanımının aynısını içermekte olup ayrıca normal doğumun, doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirmeyi ve ten tene temas sağlamayı kapsadığını belirtmektedir. Doğum sürecini ve vajinal doğumu kolaylaştırmak için normal doğumda kanıta dayalı girişimler yapılabilir, örneğin; nonfarmakolojik yöntemlerle uterus kontraksiyonlarını güçlendirme, amniyotomi uygulama, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı kesiciler, doğumun üçüncü evresine müdahale etmek, aralıklı fetal oskültasyon gibi sıralanabilir. SOGC, AWHONN VE CAM’ın belirttiğine göre normal doğum eylemi; 41. gebelik haftasından önce doğumun isteğe bağlı indüksiyonu, spinal ve genel anestezi, araç gereç kullanımı, sezaryen doğum, rutin epizyotomi, düşük riskli gebelikler için sürekli elektronik fetal izlem gibi uygulamaları içermemektedir (Simkin ve Ancheta 2016).

Doğum eylemini yöneten sağlık ekibi için DSÖ sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca şu önerilerde bulunmuştur; doğum kendiliğinden başlamalıdır, doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır, doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır, doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir, doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır (WHO 1985). Bütüncül bir yaklaşımla normal doğumun tanımı için DSÖ'nün kriterlerinin yanı sıra; anne tarafından gerçekleşen fiziksel olarak yorucu bir eylem olduğu, annenin hareketi (rahatlama ve servikal dilatasyonda ilerleme sağlamak için) ve fetüsün hareketi (doğum kanalı içinde) gibi bazı diğer nitelikler de eklenmiştir (Simkin ve Ancheta 2016).

Gebelik ve doğum eylemi ile ilgili olarak, fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğine dair yaklaşımlar mevcuttur. Gebenin doğum süreci ile ilgili tercih yapabilmesi için prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım alması, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda yeterli danışmanlık hizmetinden yararlanması gerekir. Doğumun doğal sürecine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal işleyişini etkilemektedir (Saymer ve Özerdoğan 2009).

2.1.1. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

Doğum eylemin başlamasında ve ilerlemesinde başlıca dört faktör rol oynamaktadır. Bunlar;

- Doğum kanalı,
- Doğum objesi (fetüs),
- Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler,
- Annenin psikososyal durumudur (Cunningham 2005).

2.1.1.1. Doğum Kanalı

Doğum kanalı kemik pelvis ve yumuşak kısımlardan oluşmaktadır. Doğum kanalında; kemik pelvis ve ölçüleri (pelvis giriminin, orta pelvisin ve çıkımın ölçüleri), pelvis tipleri (jinekoid, android, andropoid, plati-peljoid veya karışık tip pelvis), serviksin silinme ve dilate olma özelliği ile vajinal kanal ve vajinanın dış açıklığının esnekliği doğum eyleminde etkilidir. Normal doğumun gerçekleşebilmesi için kemik pelvis ve yumuşak kısımlar normal anatomik özellikte ve doğum kanalı ile fetüs uyumlu

olmalıdır. Kemik pelvis, ossa koksa (iki adet), os sakrum, os koksiks olmak üzere 4 kemikten oluşmaktadır. Os koksiks, sakruma hareketli bir eklemle birleşmektedir. Linea terminalis çizgisinin üstünde kalan kısma “büyük (yalancı) pelvis”, altında kalan kısma ise “küçük (gerçek) pelvis” denir. Küçük pelvisin çapları doğum eylemi için önemlidir ve 3 bölümden oluşmaktadır, bunlar; pelvis girimi, pelvis boşluğu ve pelvis çıkımıdır. Pelvis girimi, arkada promontorium, önde simfizis-pubisin üst ucu, yanlarda iliumların ortasından geçen linea terminalis ile çevrilidir ve enlemesine oval şeklindedir. İki oblik, bir transfer ve bir ön arka olmak üzere dört tane çapı vardır. Doğum eylemi açısından pelvis giriminin ön arka çapı önemlidir. Pelvis boşluğu, doğum eyleminde pelvisin önde gelen kısmının pelvis kemiği içinde ilerleyişini değerlendirmek için düzlemlere ayrılmıştır. Bu düzlemlere “Hodge Düzlemleri” denilmektedir. Hodge düzlemlerinde iskiyal spinalar arası “0” noktasıdır. Bu noktanın üstü “-”, altı ise “+” değerler ile tanımlanmaktadır. Fetüsün önde gelen kısmı “0” noktasına geldiğinde pelvis içine oturmakta ve hareketi sınırlanmaktadır. Pelvis çıkımının ön-arka, transvers ve iki tane de oblik çapları bulunmaktadır. Ön-arka çap simfizis pubisin alt ucundan, sakrokoksigial eklem uzanır, ortalama 9,5cm’dir. Doğum eyleminde fetüsün baskısıyla koksiks arkaya doğru açılarak 11 cm’ye kadar genişlemektedir. Servikal çap 10 cm olduğunda serviksin tamamen dilate olduğu söylenir, çünkü term bir bebeğin prezente olan kısmı bu genişlikte bir serviksten geçebilir (Cunningham 2005; Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

Doğum kanalını oluşturan yumuşak kısımlar; istmus uteri, serviks, pelvis tabanı ve vajinadır. İstmus uteri gebeliğin son trimestrinde kavum uteri ile birleşmekte ve doğum eyleminde pasif olarak açılmaktadır. Serviks, kas tabakasından zayıf olduğu için doğum eyleminde uterus kontraksiyonları, amniyon kesesi ve fetüsün önde gelen kısımlarının basıncıyla önce efasman, arkasından dilatasyon olur (Cunningham 2005; Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

2.1.1.2. Doğum Objesi Fetüs

Doğum eyleminin %97’sinde baş prezantasyon söz konusu olduğu için fetüsün kafatasının özellikleri önemlidir. Fetüs başında bulunan süturlar, fontaneler, fetal başın çapları, fetüsün uterus içindeki durumu doğum mekanizmasını etkileyen önemli faktörlerdir (Cunningham 2005; Rathfisch 2015a; Saydam 2016). Fetüsün uterus içindeki durumunun doğumda etkili olması situs (duruşu), pozisyonu (durum),

prezantasyonu (gelişi) ve habitusu (tavrı) ile ilişkilidir. Normalde beklenen fetüs duruşu öne doğru eğilmiş, kol ve bacakları gövdesinin önünde çaprazlanmış, çene göğse yaklaşmış olmasıdır. Fetüsün yatışı, uzunlamasına (longitudinal), yanlamasına (transvers) veya çapraz (oblik) olabilmektedir. Fetüsün pozisyonu fetüs sırtının uterus duvarı ile olan ilişkisidir, anneye göre; sağda, solda, önde ya da arkada olabilmektedir. Prezantasyon ise, fetüsün anne pelvisine hangi kısmı ile geldiğini ifade eder ve prezantasyonu, baş, makat, transvers geliş şeklinde gelişebilir (Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

2.1.1.3. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Güçler

Doğum eyleminin başlamasında birkaç teori üzerinde durulmaktadır, bunlardan en eski olanı uterusun gerilme teorisidir. Bu teori de miyada ulaşan ve gerilen uterusun içindekini boşaltma ihtiyacı olduğu savunulmaktadır fakat prematür ve postmatür doğumların nedenleri açıklanamamaktadır. Doğum eyleminin gerçekleşmesinde etkili güç uterusun kontraksiyonu ve ardından retraksiyonlarıdır. Doğum süresince miyometriyumun normal koordinasyonu, uterusun kalın kaslı üst segmenti ile inceliyor, gergin bir alt segment şeklinde farklılaşmaktadır. Retraksiyon, yani dikey kas liflerinin aralıksız kısılması, intrauterin alanın azalmasına olanak sağlayarak serviksi açıp ve fetüsü aşağı doğru itmektir. Servikal dilatasyonla beraber ıkıntılı ağrılar başlar ve gebe karın kaslarının diyaframın yardımıyla ıkınmaya başlar, böylelikle ek ikincil bir güç oluşturulmaktadır. Diğer taraftan miyometriyumun kontraksiyonu ile amniyos boşluğunda hidrolik basınç oluşmaktadır. Bu basıncın etkisiyle amniyos sıvısı servikte dilatasyona yardımcı olup, beraberinde fetüsü de ilerletmektedir. Servikte dilatasyon olurken iç ve dış ortamdaki basınç farkından dolayı vajinada emme gücü ortaya çıkmaktadır (Rathfisch 2015a; Simkin ve Ancheta 2016). Gebeliğin son haftaları doğum eyleminin başlayacağına dair subjektif belirtiler bulunmaktadır, bunlar; rahatlama, kilo kaybı, enerji artışı ve yalancı doğum ağrılarıdır. Doğumdan birkaç hafta önce fetüs aşağı inip pelvis kemiğine yerleşince diyaframa yapılan basınç ortadan kalkmaktadır ve kadın daha rahat solunum yapmaya ve kendini hafiflemiş hissetmeye başlamaktadır. Miyada yakın plasenta yaşlanmaya başlamakta, progesteron salgılayamamakta ve ortalama 1500 gramlık sıvı kaybı olmaktadır. Ayrıca salgılanan epinefrin hormonu kadının kendini daha enerjik hissetmesini sağlamaktadır ve bu enerjinin boşa

harcanmaması ve doğum eyleminde kullanılması gerekmektedir (Cunningham 2005; Rathfisch 2015a).

2.1.1.4. Doğum Eyleminde Rol Alan Hormonlar

Doğum eyleminde rol alan en etkili olan hormonlar oksitosin, endorfin, kortikotropin relasing hormon (CRH), epinefrin, norepinefrin ve prolaktindir. Doğal bir doğumun gerçekleşebilmesi için bu hormonların doğru zamanda ve yeterli miktarlarda salınması çok önemlidir. Doğumun yolunda gitmesi için bu hormonların birbiri ile uyumlu olarak artması veya azalması gerekmektedir (Alehagen ve ark. 2005). Oksitosin gebelikte salınmaya başlamaktadır, doğumun başlaması ile seviyesi giderek artar ve hem anneden hem de fetüsten salınmaktadır. Bu nedenle gebeliğin ilerlemesi ve fetüsün gelişimi ile oksitosin düzeyi de artmaktadır. Oksitosin hipotalamustan gelen uyarılar ile hipofizden arka lobundan salınmaktadır. Stres yaratan her durum oksitosin salınımının negatif yönde etkileyebilmektedir (Odent 2001; Romano ve Lothian 2008). Michel Odent oksitosine “sevgi hormonu” adını vermekte ve sevginin olduğu her yerde oksitosinin olduğunu belirtmektedir. Oksitosinin seviyesi cinsel aktivite, doğum, emzirme ve çok sevilen bir kişi görüldüğünde artmaktadır. Oksitosin, doğum eyleminin son fazında bebeğin ekspülsiyonunda, ıkmama dürtüsünü uyarmada, plasentanın doğumunda ve emzirme sırasında sütün inme refleksinde etkilidir. Oksitosinin, annenin bebeğine ilgisini artırdığı ve annelik davranışları sergilemede önemli olduğu da ileri sürülmektedir (Odent 2001; Romano ve Lothian 2008; Mongan 2012). Aynı zamanda sakinlik, sükunet ve karşılıklı bağlanmayı sağlamaktadır. Oksitosin hormonunun fazla ışıklı, gürültülü ortamlarda salınımı durmakta, karanlık, loş, huzurlu ortamlarda da salınımı artmaktadır (Odent 2001). Beta-endorfin hipofizden salgılanır ve gebelik, doğum, emzirme, cinsel ilişki gibi durumlarda seviyesi artmaktadır. Beta-endorfin doğal bir narkotik olduğu için ağrının olduğu her durumda seviyesi artmaktadır. Gebelikte artmaya başlayan beta-endorfin doğumda artmaya devam etmektedir. Böylece annenin doğum sırasında ağrı duymasını azaltmaktadır. Ayrıca doğum sırasında annenin olumlu bir duygu halinde olmasını sağlamaktadır. Beta-endorfinin çok yüksek olması oksitosin salınımının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle aralarında bir denge olması gerekmektedir, endorfin aynı zamanda bir stres hormonu olup, zorlanma ve ağrı gibi durumlarda salgılanması artar ve analjezik etki gösterir. Bu hormonun aynı zamanda

anne sütünde de bulunması, anne ile bebek arasındaki bağlanmayı desteklemektedir (Odent 2001; Romano ve Lothian 2008, Mongan 2012; Rathfisch 2015a).

2.1.1.5. Annenin Psikososyal Durumu

Doğum eyleminde, kadının bedensel ve ruhsal olarak hazır olması, daha önce yaşadığı deneyimler, eylem sürecinde aldığı destek ve duygusal durumu oldukça etkilidir (Rathfisch 2015a). Doğum eyleminde gebenin özgüveni süreci olumlu ve psikolojik sıkıntının da olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum eyleminde yaşanan zorluklar psikolojik sorunlardan kaynaklanabilmekte, aynı zamanda uzamış ve zorlu bir doğuma zemin hazırlamaktadır (Simkin ve Ancheta 2016). Gebe, nadir yaşanan bu özel durumdan keyif ve doyum alabilmek için sürece hazırlıklı başlamalıdır. Ne kadar hazır başlarsa o kadar keyif alacak ve süreç olumlu bir şekilde devam edip, normal doğumla sonuçlanacaktır. Diğer taraftan kadının önceki doğum deneyimleri olumsuz yönde veya çevresinde olumsuz deneyimler anlatılmışsa, doğuma korku ve endişeyle gelecektir. Doğum eyleminde, sıkıntılarla ve ağrıyla başetme konusunda destek alması çok önemlidir (Rathfisch 2015a).

2.1.2. Doğumun Evreleri

Normal doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır. Birinci evrede (dilatasyon evresi) servikal dilatasyon 10 cm olunca ikinci evreye geçilmektedir. İkinci evre (ekspulsiyon evresi), servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlayıp bebeğin doğmasıyla bitmektedir. Üçüncü evre (plasental dönem) bebeğin doğmasından plasentanın ayrılıp atılmasına kadar sürer ve son evre kanama kontrol evresidir. Son olarak dördüncü evre ise; plasenta ayrıldıktan sonraki 4 saat erken lohusalık dönemini kapsamaktadır (Cunningham 2005; Rathfisch 2015a).

2.1.2.1. Birinci Evre (Dilatasyon/Açılma Evresi)

Birinci evre düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlayıp, servikal dilatasyon ve efasmanın tamamlanmasıyla sona ermektedir. Her gebeye göre değişiklik göstermekle beraber I. evre en uzun evredir. I. evre 3 fazdan oluşmaktadır. Latent faz (dilatasyonun 3 cm'ye kadar olan kısmıdır), aktif faz (4-7 cm) ve geçiş fazıdır (8-10 cm) (Cunningham 2005).

Latent fazı yaklaşık 6-8 saat sürebilmektedir, Türk kadınlarında yapılmış bir çalışmada latent fazın süresi primiparlarda ortalama 8,13 saat, multiparlarda ise

ortalama 4,4 saat olarak saptanmıştır (Coşkun ve Ünal 1997). Bu fazda hafif, orta güçte, düzensiz ritimli, 5-30 dakika aralıklarla gelen ve 30-45 saniye süren kontraksiyonlar yaşanmaktadır. Primiparlarda sıfır, multiparlarda sıfır ile “-2” seviyesinde prezante durumu söz konusu olabilmektedir. Bu fazda az miktarda kahverengi ya da açık pembe renkli akıntı ile mukus tıkaç atılabilmektedir (Cunningham 2005; Ergin 2013). Kollum uteri doğuma yakın karakteristik bir olgunluk değişimi göstermektedir. Gebelikte sakrum boşluğuna bakan ve retropoze olan portion yavaş yavaş doğum kanalının arkasına santralize olur, kısılır ve bir-iki cm kadar açılabilir. Ağrıların artması ile serviks açılmaya başlayıp ve servikal kanalı dolduran mukus tıkaç atılmaktadır. Kanlı mukusun görülmesi primipar ve multiparlarda farklılık göstermektedir (Saydam 2016). Bu fazda gebenin heyecanlı olduğu gözlemlenmektedir, gebe ağrıya ve bebeğe odaklanıp, sakin veya gergin olabilmekte, korkularını bu süreçte ifade edebilmektedir. Ağrı kontrolü bu fazda oldukça iyidir, gebe dikkatli ve iletişime açıktır. Bu fazda ağrıyı azaltmada nonfarmakolojik metotlar uygulanabilmektedir (Ergin 2013).

Aktif faz yaklaşık 3-6 saat sürmektedir. Bu fazda orta güçlü ve daha düzenli, 3-5 dakika aralıklarla, 40-70 saniye süren kontraksiyonlar görülmektedir. Fetüsün iniş prezantasyonu “+1” ile “+2” seviyesinde belirlenip, orta miktarda pembemsi kanlı, mukuslu akıntı olmaktadır (Ergin 2013). Servikal kanalın açılmasıyla amniyon kesesi kanala içten dışarı doğru baskı yapar. Kontraksiyonlarla kese gerginleşir ve vajinal muayene ile kabarmış olduğu hissedilir. Uterus iç basıncı dayanamayacağı noktaya ulaşınca amniyon kesesi perfore olur. Perforasyon dilatasyonun sonuna doğru olursa “miyadında” olduğundan söz edilir, kontraksiyonlar başlamadan önce açılırsa “erken membran rüptürü” denir. Bazen şiddetli ağrı ve kontraksiyonlara rağmen yırtılma olmaz ve bu durumda dışardan müdahale (amniyotomi) ile açılması gerekebilir (Saydam 2016). Gebe bu fazda ciddi ağrı yaşamaktadır ve ağrı kontrolünde desteğe ihtiyacı olabilmektedir. Duygu durumu daha endişeli, daha işbirlikçi ve cesaretli, dikkatli, yorgun, korku dolu, bazen iletişime kapalı bir hal alabilmektedir (Ergin 2013). Hızlı dilatasyon olduğunda bulantı, kusma, titreme, irritabilite, öfke ve çaresizlik duygusu yaşanabilmektedir (Simkin ve Ancheta 2016).

Geçiş fazı primiparlarda yaklaşık 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dakika kadar sürmektedir (Mackey ve Flanders Stepans 1994). Çok güçlü, 2-3 dakikada bir düzenli aralıklarla, 45-90 saniye süren kontraksiyonlar yaşanmaktadır. Bu fazda

fetüsün iniş prezantasyonu “+2” ile “+3” seviyesindedir. Bol kanlı mukuslu vajinal akıntı görülmektedir (Ergin 2013). Hiperventilasyon, dolaşımsal solgunluk, başın ön kısmında ve alt dudakta terleme, bacaklarda titreme, defekasyona çıkma hissi ve anüste basınç hissi de en fazla yaşanan belirtilerdendir. Gebe bu fazda çok ciddi ağrı tanımlar, ağrı özellikle sırt veya bel bölgesinde yaygındır. İletişim belirsiz hale gelmekte ve kontraksiyonlar arasında amnezi görülebilmektedir (Ergin 2013). Serviksin açılması, kollajen doku liflerinde mevcut olan mukopolisakkaritlerin depolimerize olmaları, mukus tıkaçının dışarı atılması ve kavernöz bir yapıya dönüşmüş bulunan kollum duvarının boşalarak yassılaşması ve incilmesi ile mümkün olmaktadır. Miyometriyumun kasılmaları alt segment ve kollumun baş ve amniyon kesesi üzerinden kayarak çekilmesini ve açılmasını sağlamaktadır. Dilatasyon tüm doğum süresinin %90’ını kapsamaktadır ve dilatasyonun sonuna doğru servikal kanaldaki küçük damarların zedelenmesine bağlı “dilatasyon kanaması” görülebilmektedir (Saydam 2016).

2.1.2.2. İkinci Evre (İtilme/Ekspulsiyon Evresi)

İkinci evre servikal dilatasyon ve efasmanın tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen süredir (Ergin 2013; Simkin ve Ancheta 2016). Bu evre primiparlarda 30 dakika ile 1 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında sürebilmektedir (Ergin 2013; Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

Doğum eyleminin ikinci evresi latent ve aktif faz olarak iki fazda incelenmektedir. İkinci evrenin latent fazı, tam servikal dilatasyon ile başlayan ve kadının güçlü ıkınma dürtüsünü hissetmeye başlamasına dek süren fazdır. Bu fazda fetüs pelviste pasif olarak inmektedir. Aktif faz ise güçlü, ritmik ıkınmalar içermektedir (Hanson 2009; Ergin 2013; Simkin ve Ancheta 2016). Latent fazda, serviksin tam dilatasyonundan önce kendiliğinden erken ıkınma isteği görülebilmektedir. Bu erken ıkınma isteği, prezante olan kısmın pelvik tabandaki kasların gerilmesi ile oluşan Ferguson refleksini tetikler, gerilme reseptörleri aktif olur, endojen oksitosin salgılanır. Bu durum erken ıkınma refleksinin dilatasyondan çok inme seviyesine bağlı olduğu hipotezini desteklemektedir. Bu evre kontraksiyonların karakterine bakılarak tanımlanabilmektedir. Kasılmalar; bebeğin itilmesine, ıkınma isteğinin doğmasına yardım edicidir ve daha güçlüdür (Ergin 2013). Aktif faz istemsiz ıkınma isteği ve fetüsün inişi ile karakterizedir. Gebenin kontraksiyonları, itme gücü, vücudunun pozisyonu ve fetüsün çabalarının birleşimi ile

doğum gerçekleşir (Simkin ve Ancheta 2016). İkinmaya; servikal dilatasyon 10 cm olduğunda, güçlü uterus kontraksiyonları oluştuğunda, fetal baş rotasyonu tamamlandığında ve fetal baş pelvis içinde en az “+1” düzeyindeyken başlanmaktadır (Rathfisch 2015a). Doğum eyleminin ikinci evresinde çoğunlukla spontan (açık glotis-nefes vererek) ıkınma veya valsalva tipi (kapalı glotis-nefes tutarak) ıkınma yöntemleri kullanılmaktadır (Güngör ve Rathfish 2009). Ancak, valsalva tipi ıkınmada, uzun süreli nefes tutulması fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Doğum eyleminde gebelerin valsalva tipi ıkınması ikinci evrenin süresini kısaltırken, maternal oksijenasyon azalmasına, intervillöz aralıkta kan akımının, fetüsün asit-baz dengesinin bozulmasına ve apgar puanının düşmesine neden olabilmektedir (Cooke 2010; Ergin 2013).

Fetüs prezante olan kısmıyla, aktif hareketlerle doğum kanalında ilerler. Fetüsün prezante olan kısmının doğum kanalı içinde yaptığı hareketler sırasıyla; angajman, iniş, fleksiyon, internal rotasyon, ekstansiyon, eksternal rotasyon ve ekspulsiyondur. Pelvis giriminde fetüs başının sagittal süturu pelvis giriminin transvers çapına paraleldir ve fetüs başı oksipito-frontal çapını almaktadır. Bu aşamada fetüs başı ne fleksiyon, ne de defleksiyondadır. Baş pelvis girimini geçerken pelvisin en büyük çapından en ufak kafa çapı ile geçebilmek için çene göğüse degecek şekilde baş öne doğru eğilerek fleksiyon yapmaktadır. Burada amaç başın ilerlemesine karşın doğum kanalının yaptığı sürtünme direncini yenmektir. Fetüs başının pelviste ilerleyebilmesi için fleksiyon hareketinin yanında baş tamamı 90 derece olan iç rotasyon hareketini yapmaya başlamaktadır. Fetal baş pelvis çıkımına geldiğinde, iç rotasyon tamamlanmış ve sagittal sütur pelvis çıkımının ön arka çapına paralel konumdadır. Fleksiyonda olan baş, uterus kontraksiyonları, güçlü ıkınmalarla ve pelvik taban kaslarının desteğiyle vajinal açıklığa doğru defleksiyon yapmaktadır. Fetüs ensesini simfiz kavisine dayayıp buradan aldığı destek ile ekstansiyon yapmaktadır. Böylece kabaran ve açılan vulvadan önce oksiput, sonra büyük fontanel, alın, yüz ve çene doğar. Başa göre çapı daha fazla olan omuzların pelvis kanalından daha rahat ilerleyebilmesi için baş 90 derecelik dış rotasyonunu yapmaktadır. Artık ön omuz pubis altına gelmiştir. Fetüsün gövdesinin laterofleksiyonu ile arka omuz ve devamında vücudun geri kalan kısmı kolayca doğmaktadır (Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

2.1.2.3. Üçüncü Evre (Plasenta/Halas Evresi)

Doğum eyleminin üçüncü evresi, bebeğin doğmasıyla başlayıp, plasentanın ayrılıp atılmasıyla biten 30 dakika kadar süren evredir. Bebeğin doğumundan birkaç dakika sonra uterus kontraksiyonları tekrar başlamakta ve involüsyon gerçekleşmektedir. Plasenta küçülen uterusu uyum sağlayamaz ve implante olduğu desidua spongiosa tabakasından ayrılmaya başlamaktadır. Plasentanın ayrıldığını gösteren belirtiler; ani vajinal kanama, umbilikal kordun boyunda uzama, fundusun sertleşerek umblikus hizasına yükselmesi ve simfizis pubis üstünden elle basıldığında umbilikal kordun içeri kaçmaması olarak sıralanmaktadır. Plasentanın doğumuna crede manevrası ile yardım edilebilir, fundus avuçlanıp masaj yapılarak kasılma oluşturulup, orta hatta çekilir ve sıkılarak doğum yoluna itilmektedir. Plasentayı uterusun dışına çekmek için umbilikal kordun traksiyonu kullanılmamalıdır. Uterus inversiyonu doğumla ilgili en büyük komplikasyonlardan biridir. Plasentanın doğumunun ardından da mutlaka zar ve kotiledonların kontrolü yapılmaktadır (Cunningham 2005; Ergin 2013; Rathfisch 2015a; Saydam 2016).

2.1.2.4. Dördüncü Evre (Kanama Kontrol/Erken Lohusalık Evresi)

Doğumun dördüncü evresi kanama kontrol evresidir, plasentanın çıkarılmasıyla başlayıp ilk 4 saati kapsamaktadır. Bu evre anne ve yenidoğan için kritik bir süreçtir. Fiziksel olarak tamamlanmış doğum eyleminin yeni ilişkilere başlama evresidir. Doğumdan 2 saat sonra anne bedeni gebe olmayan haline alışmakta ve emzirme için mükemmel bir süreç başlamaktadır. Bu evrede anne-bebek ilişkisinin kurulmasına, annenin emzirmesine yardım etmek uterus kontraksiyonlarını artırmakta ve atoniyi engellemektedir (Ergin 2013; Rathfisch 2015a). Özellikle postpartum kanamayı önlemek için uterus düzenli olarak muayene edilmeli, kanama kontrolü yapılmalı, doğum sonrası ilk 2 saat boyunca her 15 dakikada bir hafif şekilde uterus masajı yapılmalıdır (FIGO 2004).

2.1.3. Doğum Ağrısı

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatına göre “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden ya da bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyimdir” (Butterworth ve ark. 2013; Eti 2014). Bununla birlikte kişi, doku hasarı ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı hissedebilmektedir. Bundan dolayı eğer hasta bir duyuyu ağrı olarak tanımlıyorsa bunu ağrı olarak kabul etmek

gerekir. Ağrı çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen subjektif bir deneyimdir ve her zaman bireyseldir (Hurley ve ark. 2015). Doğum ağrısı evrensel bir deneyimdir ancak şiddeti değişkendir. Doğum ağrısının başlıca özellikleri vardır, bunlar şöyle sıralanabilir; doğum ağrısı normal sürecin bir parçasıdır, doğum ağrısının hazırlık dönemi vardır, gebe aylarca bekler ve başetmek için yardıma açıktır, belirli bir zaman sürecini içerir, sürekli değildir, kısa olsa da rahatlatıcı dinlenme süresi vardır (Ergin 2013; Rathfisch ve Güngör 2016; Ertem 2016).

Doğum ağrısının oluşmasında fiziksel ve psikolojik olarak iki temel faktör etkilidir. Doğumun ilk evresinde kramp şeklindeki ağrıların başlıca nedeni uterusu giden damarların kontrakte olması ve uterusun kaslarının hipoksisidir. İki kontraksiyon arasındaki gevşemeler uterusu kan akımı sağlar ve ağrının artması engellenir. Doğum ağrısının oluşmasında en büyük etken serviks dilatasyonu ve efasmanıdır. Serviks gerilmesi uterus kontraksiyonuna neden olur ve fetus başını aşağıya iter. Ayrıca hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına da yol açarak uterusun kontraksiyonunu artırmaktadır. Prostaglandin salınımının artmasıyla kontraksiyonların şiddetinin artması söz konusudur. Diğer taraftan kortizol düzeyinin de doğum ağrısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Gebe, korku ve huzursuzluk hissettiğinde uterusu kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan stres hormonları (örn; katekolaminler) üretilmektedir. Fizyolojik veya psikolojik nedenlerle strese maruz kalındığında, epinefrin (adrenalin), norepinefrin (noradrenalin) ve bazı hormonlar üretilir. Bu hormonlar korku, heyecan ve tepki üçlüsünün oluşumuna neden olup, vücudun fazla oksijen tüketmesine, taşikardiye, hiperglisemiye ve uterus gibi hayati olmayan organlara kan akışının engellenmesine yol açar (Ergin 2013).

Gebelerin doğumda ağrıyı kabullenmesini ve başetmesini sağlamada kombine veya ayrı ayrı kullanılabileceği farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler mevcuttur. Farmakolojik yöntemler; sistemik analjezi, bölgesel veya ileti anestezisi ve genel anestezisi olmak üzere üç genel sınıfta incelenebilir. Sistemik anestezisi olarak, doğum eyleminin başlarında serviks dilate olmaya ve uterusun kontraksiyonları rahatsızlık vermeye başlarken ağrının giderilmesi için genellikle mepedrin ve promethazine gibi trankilizan ilaçlar uygulanmaktadır (Rathfisch ve Güngör 2016). Bölgesel anestezisi yöntemlerinde; perinenin lokal infiltrasyonu, pudental blok, paraservikal blok, spinal anestezisi, epidural analjezi ve kombine spinal-epidural analjezi çeşitleri mevcuttur. Bu

yöntemler anne ve fetüs üzerinde minimal depresan etkiyle en iyi analjezi sağlanabilmekte ve anestezide önemli bir yan etki olan aspirasyon pnömonisi olasılığı ortadan kalkmaktadır (Ergin 2013; Rathfisch ve Güngör 2016). Genel anestezi; bölgesel anestezinin uygulanamadığı, fetal distres, kordon sarkması, omuz distosisi veya maternal hemoraji nedeniyle doğumun hızlandırılması gerektiği durumlarda tercih edilmektedir (Rathfisch ve Güngör 2016). Nonfarmakolojik yöntemler ise gevşeme metotları (biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress, EFT, müzik ve yoga, sofroloji, haptonomi, ses çıkarma), tensel uyarılma metotları (Masaj, intradermal su enjeksiyonu, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu-TENS), yüzeysel soğuk sıcak uygulama, hidroterapi, mental uyarılma (odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma) ve nefes teknikleri (Lamaze ve Dick Read) olarak sıralanabilmektedir (Taşçı ve Sevil 2007; Mamuk ve Davas 2010; Avcıbay ve Alan 2011; Coşar ve Demirci 2012).

2.2. Doğum Korkusu

Korku kelime anlamıyla Türk Dil Kurumu'nda; "Gerçek veya beklenen bir tehlike ile yoğun bir acı karşısında uyanan ve coşku, beniz sararması, ağız kuruması, nabız ve solunum hızlanması vb. belirtileri olan veya daha karmaşık fizyolojik değişimlerle kendini gösteren duygu" olarak tanımlanmaktadır (TDK). Korku kelimesi, İngilizce karşılığı olan "fear" eski İngilizcede ani felaket ya da tehlike için kullanılan "faer" sözcüğünden türemiştir (Beck ve Emery 2006). Korku egonun tehlike karşısında verdiği kontrolsüz heyecan tepkisidir. Korku, öznel bir gönülsüzlük karakteri, reddetme eylemleri ve bunların algılanışının analizi yapılarak tanımlanabilir. Korku önceden hissedilebilen bir duygudur. Korku duygusunda bir yandan gönülsüzlük, diğer yandan reddetmelerle yükselen heyecan hali vardır. Korku biyolojik açıdan tehlike durumuna tepki verilmesini içerir, tehlikeden sakınmak için bir sinyaldir. Hissedilen tehlike aynı zamanda beraberinde çaresizliği de getirmektedir. Freud'a göre; insanlığın alt edemediği doğa ve kader karşısındaki çaresizliği sürekli bir korkuya neden olur. Bebeğin doğum anındaki hissettikleri korkunun oluşumuna temel olmaktadır. Bebek doğum süresince yaşamını devam ettirebilmesi konusunda somut bir tehlike ile karşı karşıyadır. Kendi özsever libidosunun karşılanması büyük bir rahatsızlıktan başka bir şeyin farkına varamaz. Bu durum büyük heyecan bloklarına ulaşır ve eşi görülmedik bir şevksizlik ve gönülsüzlük duygusu oluşturur. Korku; bebeği koşulsuzca besleyen, koruyan, kollayan annesinden ayrılmasında hissettiği rahatsızlıktaki gibi çok kıymetli

bir objeden ayrılma içeriğine sahip bir durumdur ve en eski korkunun anneden ayrılmakla oluştuğu varsayılmaktadır. Bir başka deyişle sevilen, özlenen kişinin yokluğunun hissedilmesi yani özlem duygusu çaresizlikle korkuya dönüşmektedir (Freud 2010).

Korku, hem zihinsel hem de fiziksel unsurları içermektedir. Hipotalamus ve limbik sistem, duyguların oluşumu ve ifadesi ile ayrıntılı ilişkili yapılardır. Limbik sistem; hipokampus, amigdala ve septal çekirdekler gibi ayrıntılı yapıları tanımlamak için kullanılmaktadır (Ganong 2002). Korkunun öğrenilmesinde anahtar bölge, bir limbik sistem yapısı olan amigdaladır (Marieb 1995). Fizyolojik süreçlere baktığımızda; beyinde korku ile ilgili yanıtlardan sorumlu bölge amigdaladır. Amigdala medial temporal lobda yerleşim gösteren ve 13 adet nukleus içeren bir oluşumdur (Gorman ve ark. 2000). Amigdala çekirdeklerinin korku uyandıran anıların kodlanması ile ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar bulunmuştur (Marieb 1995; Ganong 2002). Korku sırasında bölgesel beyin kan akımı özelliklerinin korkuyla bağlantılı amigdala, talamus ve striatumdaki farklı nöronal yolların aktivasyonunu temsil ettiği sonucuna varılmıştır (Wik, Fredrikson ve Fischer 1997). Amigdalanın özellikle bazal amigdala, lateral amigdala ve santral nukleusu korku ile ilgilidir. Duyusal talamustan alınan uyarılar lateral amigdalaya, oradan da santral nukleusa iletilir ki bu kısa devre/halka (short loop) olarak bilinmektedir. Bazal amigdala lateral amigdala ve santral nukleus arasında bağlayıcı bir işleve sahiptir. Uzun devrede ise uyarılar duyusal korteks, prefrontal korteks ve insuladan lateral amigdalaya gelmektedir. Lateral amigdalanın korku koşullanmasında bellek oluşumu ve plastisiteden sorumlu olduğu gösterilmiştir. Korku yaratan uyarılar amigdalaya geldiğinde buradan beyin sapına ve hipotalamusa uzanan çeşitli yollar aracılığıyla hormonal ve davranışsal yanıtların ortaya çıkması sağlanmaktadır. Amigdaladan lokus seruleusa noradrenerjik, Raphe nukleusuna serotonerjik, ventral segmental alana dopaminerjik projeksiyonlar uzanmakta, santral nukleusunda yer alan nöronların ürettiği kortikotropin salgılatıcı faktör ile beraber hem bu nöronlar hem de hipotalamustaki çeşitli bölgeler uyarılmaktadır (Gorman ve ark. 2000).

Korkunun oluşmasında ikinci önemli beyin bölgesi prefrontal kortekstir. Prefrontal korteks, tehlikenin durumunu değerlendirmekte ve öğrenilmemiş korku davranışlarında rol oynamaktadır. Korku sürecinde rol oynayan diğer yapı ise hipotalamustur. Korku sinyalleri alındığında hipotalamus CRH (corticotropin releasing

hormone) salgılamaktadır. CRH pituiter bezden ACTH (adrenokortikotropik hormon) salınımı sağlamakta ve artan ACTH, adrenal korteksi uyararak kortizolün salınmasına neden olmaktadır. Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vücudu savunmaya hazırlamaktadır (Marieb 1995). Sempatik sistem devreye girince pupiller dilatasyon olup, solunum ve nabız hızı artmaktadır, büyük damarlar kasılmakta ve organlara kan akımı azalmaktadır. Kısaca, tüm bedensel işlevler tehlike ile başetmeye çalışmaktadır (Marieb 1995; Ganong 2002; Shekhar ve ark. 2006).

Doğum eylemi, sonucu kesin olarak önceden tahmin edilemeyen ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olduğu için birçok kadın doğum eyleminden korkmaktadır (Uçar ve Gölbaşı 2015). Kabul edilebilir düzeydeki korku kadının doğuma hazırlanmasında yardımcı olabilmektedir (Alessandra ve Roberta 2013). Fakat doğum korkusu şiddetli düzeyde ise, doğum eyleminin gidişi olumsuz etkilenmekte, maternal ve neonatal komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterinde gebeliğe ilişkin yaşanan karmaşık duygular, ikinci ve özellikle üçüncü trimesterde yerini doğum korkusuna bırakmaktadır (Uçar ve Gölbaşı 2015). Doğum öncesi hissedilen korkular, ağrı öngörüsüne ve travay boyunca strese sebep olabilmekte, acil sezaryen riskini ve doğum sonrası duygusal düzensizlik riskini artırmaktadır (Melender 2002b).

Doğum korkusunun gebelikten önce oluşması ve çok şiddetli boyutlara ulaşması "tokofobi" olarak tanımlanmaktadır (Hofberg ve Ward 2004; Bakshi ve ark. 2008; Alessandra ve Roberta 2013). Bhatia ve Jhanjee'nin belirttiğine göre; tokofobi terimi ilk olarak Knauer (1897) tarafından kullanılmıştır, aynı zamanda "Maieusiophobia" ya da "parturiphobia" olarak da bilinmektedir (Bhatia ve Jhanjee 2012). Hofberg ve Brockington tokofobiyi gebeliğe özgü bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu şeklinde tanımlamışlardır ve günümüzde patolojik doğum korkusu şeklinde tanımlanmaktadır. Tokofobi, primer ve sekonder tokofobi olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (Melender 2002b; Bhatia ve Jhanjee 2012). Primer tokofobi ilk gebelikten önce başlayıp, sekonder tokofobi travmatik veya sıkıntılı bir doğumdan sonra ortaya çıkmaktadır (Melender 2002b). Nullipar kadınlarda doğum korkusu primer tokofobi olarak tanımlanmaktadır (Nilsson ve ark. 2012). Primer tokofobide, genellikle travay korkusu nedeniyle gebelikten kaçınılmakta hatta bazıları kürtaj, sezaryen veya evlat edinme gibi yolları tercih etmektedir (Hofberg ve Brockington 2001). Sekonder tokofobi; travmatik bir doğum öyküsüne ek olarak, obstetrik olarak normal bir

doğumdan, düşük, ölü doğumdan veya gebelik sonlandıktan sonra görülebilmektedir. Daha az sıklıkta olsa da, tokofobi ile birlikte doğum öncesi depresyon da görülebilmektedir (Hofberg ve Ward 2003). Gebelik anksiyetesi ya da doğum korkusuna hazırlayıcı faktörler; genç annelik yaşı, düşük eğitim veya sosyo-ekonomik düzey, gebelik öncesi psikolojik sorunlar, cinsel istismar veya cinsellik sorunları, kendine güven eksikliği veya düşük benlik saygısı, genel olarak ağrı korkusu, düşük ağrı eşiği, genel kaygı, hassasiyet ve nevrozizm, negatif ruh hali, gebelikte psikolojik sorunlar, sosyal desteğin olmaması, günlük yaşamda çok sayıda stres kaynağı, bilgi eksikliği, önceki operatif doğum deneyimi, olumsuz perinatal deneyimler ve doğumda hayal kırıklığı olarak sıralanabilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003).

Korkunun temel nedeni doğuma kadar çözümlenmez ise, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları salgılanmaya başlar. Tehlike anında kan akımı, bedenin savunma sisteminde rol alan organlara gitmektedir. Ancak uterus bedenin savunma sisteminde değildir. Bu sebeple, kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için çok önemli olmasına rağmen, uterusu giden arterler daralmakta, kanlanma ve oksijenlenme azalmaya başlamaktadır. Kanın, dolayısıyla oksijenin de azalmasıyla serviks gerginleşip ve sertleşmektedir. Bu durum doğum eylemi süresinin uzamasına sebep olmaktadır. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi demektir ki bu durum müdahale gerektirmektedir. Korku, aynı zamanda uterus kaslarının normal çalışma dengesini bozmaktadır. Uterusun uzunlamasına (vertikal) ve dairesel kasları (sirküler) yukarı çekmek ister (dairese kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır). Fakat dairesel kaslar direnç göstermekte böylece serviks gergin ve kapalı kalır. Bu iki kasın birbirine zıt çalışması ise doğumda ağrıyı şiddetlendirir. Tüm bu döngü Dick-Read tarafından korku-gerginlik-ağrı siklusu olarak tanımlanmıştır (Dick-Read 2004).

2.2.1. Doğum Korkusu Belirtileri

Doğum korkusu “anksiyete bozukluğu” ya da “fobik korku” olarak görülebilir. Doğumdan korkan gebeler gece kabusları, fiziksel yakınmalar (sık idrara çıkma, mide yanması, bel-kasık ağrısı, mide bulantısı, nefes darlığı vb.), işe veya ailesel aktivitelere konsantre olmada zorluklar yaşamakta ve sezaryen talebinde bulunabilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003; Özkan ve Arslan 2007).

2.2.2. Doğum Korkusunun Nedenleri

Doğum korkusu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenebilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003).

-Ağrı korkusu

Düşük ağrı eşiğine sahip olma düşüncesi, doğum korkusunun en önemli biyolojik nedenlerindedir. Pariteye bakılmaksızın, doğum ağrısından korkma genel olarak ağrı korkusuyla bağlantılıdır ve isteğe bağlı sezaryenin en büyük sebebidir. Doğum korkusu nulliparlarda daha sıklıkla deneyimlenmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelerin yaşadığı doğum korkusu nedenlerinden birinin doğum ağrısı olduğu bildirilmiştir (Serçekuş ve Okumuş 2009). Bir başka çalışmada da gebelerin %50'sinin doğum ağrısı nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri saptanmıştır (Dursun ve ark. 2011). İlk kez Lethem tarafından tanımlanmış olan ağrıdan kaçınma; muhtemel ağrı deneyimi durumlarından kaçınılması amacıyla öğrenilmiş davranışlardır. Korku bilişsel işlevleri etkilemekte ve psikofizyolojik reaktiviteyi artırmaktadır. Korku dolu kişiler olası sinyallere daha fazla tepki vermektedirler (hipervigilans) (Lethem ve ark. 1983). Korku, eğitim verilmiş kişilerin tepki verme biçimini ve onların deneyimlediği ağrıyı nasıl değerlendirdiğini ve sonuçlarını etkilemektedir. Ağrıdan kaçınma davranışı nevrotik bir kişilikle ilişkilidir (Asmundson ve ark. 1999). Doğum korkusu nedeniyle sezaryen talebi ağrıdan kaçınma davranışının bir göstergesi olarak görülebilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003).

-Önceki obstetrik deneyimler

Nullipar kadınlar genellikle bilinmeyenden, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan korkmaktadır. Multipar kadınların doğum korkusunun altında yatan temel neden ise ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (Rouhe ve ark. 2009; Størksen ve ark. 2013). Yine de nulliparlar, multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşamaktadır. Ancak multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nulliparlara göre daha şiddetlidir. Nulliparlar genellikle orta derecede korku yaşarken, multiparlar daha şiddetli düzeyde korku yaşamaktadır (Spice ve ark. 2009). Nedeni önceki doğumda deneyimlenen acil sezaryen, vakum uygulaması ve dayanılmaz ağrı olabilir (Nieminen ve ark. 2009; Størksen ve ark. 2013). Olumsuz bir doğum deneyimi gebenin kendini güçsüz hissetmesine, ruhsal sağlığının bozulmasına ve bir sonraki doğumda korkuya neden olmaktadır (Størksen ve ark. 2013). Önceki doğum deneyimi ve doğum süreci arasındaki ilişkinin incelendiği bir

araştırmada geçmiş doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde sezaryen doğumun 5,2 kat arttığı tespit edilmiştir (Sydsjö ve ark. 2013). Olumsuz bir deneyimle tamamlanmaya çalışılan doğum eyleminde, post-travmatik stres bozukluğuna veya stres reaksiyonlarına, özellikle de doğum sırasında dayanılmaz şiddette ağrı hissedilmesine ya da acil sezaryen gibi beklenmedik bir komplikasyona neden olabilmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003).

-Doğum yapamayacağından korkma

Doğum sırasında yanlış bir Şey yapma ve uygun olmayan davranışlarla fetuşe zarar verme korkusu, doğum yapamama korkusu ile bağlantılıdır. Bu durum hem fiziksel hem de psikolojik yetersizlik içermektedir ve direk olarak önceki doğum deneyimi ile ilgisi yoktur. Bazı durumlarda bebeğe zarar verme korkusu; kadınların bebeğe karşı farkında olmadan aşırı hassasiyeti ya da en başından çözülmemiş ocuk sahibi olma ikilemelerinden kaynaklanabilmektedir Gebeler doğum yapamama korkusuyla birlikte, kontrolünü kaybetme korkusu, umutsuzluk ve çaresizlik gibi çeşitli duygular hissederler (Toivanen ve ark. 2002).

Doğum yapamayacağı korkusu, genellikle çocukluğunda travmatik bir olay ( rneğin terkedilme, istismar edilme vb.) yaşamasından ya da geçmiş zamanda yardıma ihtiyacı olduğunda ihmal edilmesinden kaynaklanabilmektedir (Melender 2002a). Çocukluk ağında cinsel istismara maruz kalmanın doğum korkusunun yaşanmasında önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Lev-Wiesel ve ark. 2009; Boorman ve ark. 2013). Çocukluk ağında cinsel istismara maruz kalan kadınlarda doğum sırasında yaşanan ağrı maruz kaldıkları anıların yeniden canlanmasına neden olabilmekte ve kadında doğum eylemi süresince kontrol kaybı yaşama endişesini artırarak doğum korkusunu ortaya çıkarabilmektedir (Wiklund ve ark. 2012). Doğum korkusu ile önemli yaşam olayları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, yetişkinlikte maruz kalınan cinsel istismardan çok çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın doğum korkusunu artırdığı ve doğuma ait komplikasyonların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Heimstad ve ark. 2006).

-Psikososyal nedenler

Gebenin bazı kişilik özellikleri (genel anksiyete, düşük benlik saygısı vb.) ve sosyo-ekonomik faktörler doğum korkusu düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Saisto ve Halmesmaki 2003). Gebenin bireysel özellikleri doğumdan beklentilerini, beklentileri ise doğum eylemi sırasındaki deneyim ve davranışlarını etkilemektedir. Gebenin

yaşadığı son doğuma ilişkin değerlendirmesi bir sonraki doğuma ilişkin korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesinde de rol oynamaktadır (Hofberg ve Ward 2003). Saisto ve arkadaşlarının Finlandiya’da yaptığı çalışmada anksiyete, nevrotik kişilik, savunmasızlık, depresyon, düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler gebelik anksiyetesi ve doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan ileri analizde doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (Saisto ve ark. 2001). Sosyoekonomik sorunlar ve tek ebeveyn gebeler, eşiyile iyi ilişkiler içinde olan ve ekonomik düzeyi iyi olan gebelere göre daha fazla gebeliğe bağlı anksiyete ve doğum korkusu yaşamaktadır (Saisto ve ark. 2001; Melender 2002a).

Sağlık personelinin olumsuz tutumu, hatalı yaklaşımları ve yeterince destek olmaması gibi nedenler de gebelerde korkuyu artırabilmektedir. Yapılmış çalışmalarda kadınların sağlık personelinin hata yapmasından korktukları saptanmıştır (Saisto ve ark. 1999; Melender 2002a; Subaşı ve ark. 2013). Doğum korkusu yaşayan kadın ile doğum ekibi arasındaki iletişim sorunları doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilmektedir (Adams ve ark. 2012). Sağlık personelinin, korkunun sadece kadından kaynaklı olmadığını anlaması ve korkuyla başetmesine yardımcı olması gerekmektedir (Fenwick ve ark. 2009).

2.2.3. Doğum Korkusunun Sonuçları

Korku duygusu kişinin dikkatini dağıtmasına, tehdide neden olan faktör üzerine odaklanılmasına ve endişenin artmasına sebep olmaktadır. Gebelikte doğum korkusu olumsuz bir duygu durumu yaratıp, doğumu başarı ile tamamlayamayacağı düşüncesine itmektedir. Bu döngü olumsuz beklentilerin gerçekleşmesine neden olmaktadır. Gebelik boyunca doğum korkusu beklentisi doğumun olumsuz bir deneyimle sonuçlanmasına sebep olmaktadır (Spice ve ark. 2009). Günümüzde pek çok gebe, özellikle nulliparlar, ciddi doğum korkusu sebebiyle isteğe bağlı sezaryeni tercih etmektedir (Saisto ve Halmesmaki 2003; Bakshi ve ark. 2008; Fenwick ve ark. 2009; Wang 2017). Sezaryeni tercih etmenin genel nedenleri, doğum yapabilme yeteneği konusunda anksiyete, bebeğin güvenliği ile ilgili endişe, vajinal doğumun dış görünüş veya cinsel yaşama etkisi hakkında kaygılanma ve istenen bir doğum tarihi seçebilme şansı olarak sıralanabilmektedir (Tang ve ark. 2006). Türkiye’de Karabulutlu’nun yaptığı bir çalışmada sezaryen doğumu tercih etme nedenleri; %50 hekim isteği, %28,3 kendi isteği, %9,4 miad geçmesi, %7,5 vajinal doğum korkusu ve %4,7 oranında ise sezaryen

doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi olarak saptanmıştır (Karabulutlu 2012). Böyle bir fenomen ‐alarm‐ nedeni olabilir; sezaryen acil durumlarda annelerin ve bebeklerin hayatını kurtarıırken, medikal endikasyonsuz uygulandığında maternal ve neonatal mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır (Lumbiganon ve ark. 2010). Ayrıca, sezaryen sonraki gebeliklerde uterin rüptür, spontan düşük, anormal plasentasyon ve diğer komplikasyonlar riskini arttırmaktadır (D’Souza ve Arulkumaran 2013).

Doğum korkusu gebenin günlük yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (Sydsjö ve ark. 2013). Gebelikte doğum eylemine ilişkin artan stres ve anksiyete, gebede bazı duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimlere neden olabilmektedir. Gebe huzursuzluk, sinirlilik, uykusuzluk, ağlama nöbetleri, taşikardi, yeme ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşayabilmektedir. Bazı gebelerde gebelikten hoşlanmama, hatta paranoid düşünceler bile yaşanabilmektedir (Bakshi ve ark. 2008). Sjögren’in yaptığı çalışmada, doğum korkusu yaşayan gebelerin uyuma güçlüğü, kabus görme ve doğum eylemine bağlı endişe nedeniyle dalgınlık yaşadıklarını belirlenmiştir. Ebeveyn kaybı, fetüs ölümü, eş ile yaşanan ciddi problemler ve ilişkilerinin geleceği ile ilgili olumsuz faktörler doğum korkusu ile ilişkilendirilmiştir (Sjögren 1997).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada doğumun aktif fazında gebelerin korkusu latent faza göre daha yüksek bulunmuştur. Korku düzeyi yüksek olan gebelerin bebeklerinin memeye yerleşme sürelerinin daha uzun olduğu, bebeklerinin memeyi aramadığı, areolayı tam kavrayamadığı, memeyi tutma davranışında başarısızlık olduğu, annelerin bebekleri ile göz temasının olmadığı, bebeklerini daha az ve gevşek şekilde tuttuğu, bebeğin yutma hareketlerinin yavaş olduğu, emzirme sorunlarının arttığı, emzirirken annenin daha gergin durduğu ve emdikten sonra bebek ve annenin daha huzursuz olduğu saptanmıştır (Tatarlar ve Tokat 2016).

Korku, doğum sonrası süreçte ebeveynlik rolüne uyumu ve anne bebek bağlanmasını geciktirebilmektedir (Kroger 2004). Doğum sürecinde yaşanan korkuda biyolojik stresin göstergesi olan kortizol seviyesinde belirgin artış olmaktadır (Challis ve ark. 2000; Kroger 2004). Challis ve arkadaşlarının çalışmasına göre, kortizol hormonu doğumu başlatan oksitosin hormonuna müdahale etmektedir. Oksitosin hormonuna yapılan bu etki sonucunda doğum süresi uzayabilmekte, anne ve bebekte yorgunluk oluşabilmektedir (Challis ve ark. 2000). Kortizol normal seviyesi gebelik ve doğum sürecinde artması anne-bebek iyilik halinin sürdürülmesi için gereklidir. Çünkü

böylelikle kortizol birincil fonksiyonu olan glikoz seviyesini düzenler ve anneyi hipoglisemiye karşı korur. Fakat kortizol seviyesindeki aşırı yükseklik stresin göstergesidir (Challis ve ark. 2000; Barta ve Drugan 2010). Doğum süresinin uzaması, doğum sonrası süreçte anne ve bebekte yorgunluğa neden olarak, laktogenezisi etkileyebilmekte, laktasyonun geç başlamasına ve emzirme sıklığının azalmasına neden olabilmektedir (Kroger 2004).

2.2.4. Doğum Korkusunun Doğum Eylemine Etkisi

Doğumda aşırı ağrı yaşayacağını düşünme, doğuma ilişkin korkular gebelerin doğum şeklini ve doğumdaki müdahaleleri ciddi derecede etkilemektedir. Gebelik dönemindeki korku ile doğum ve postpartum dönemdeki korku arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Alehagen ve ark. 2006). Yapılan çalışmalarda doğum öncesi dönemde stres ve anksiyete preterm eylem, postterm eylem, doğum eyleminde analjezi kullanımında artış, doğum sürecinde uzama, müdahaleli doğum ve acil sezaryen ile ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda fetüste asfiksi, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı da görülebilmektedir (Saisto ve ark. 2001; Bakshi ve ark. 2008).

Doğum korkusu gebede sempatik sinir sistemini ve kan damarlarında vazokonstriksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaları harekete geçirir (Reck ve ark. 2013). Gebenin doğum sırasında korkulu ve endişeli olması katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını artırır (Adams ve ark. 2012; Alessandra ve Roberta 2013). Katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterusa giden kan miktarındaki azalma plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetüse giden oksijen azaldığında fetüste distress gelişir. Bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artırır (Alessandra ve Roberta 2013).

Korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olmaktadır (Alessandra ve Roberta 2013). Özellikle doğumun ikinci evresi uzamaktadır. Yapılmış bir çalışmada doğum korkusu olan kadınların doğumun birinci fazının 101 dakika, ikinci fazının ise 15 dakika uzadığı, kanama, laserasyon gibi postpartum komplikasyonların görülme oranının doğum korkusu olmayan kadınlara göre fazla olduğu saptanmıştır (Saisto ve ark. 1999). İsveç'te yapılmış bir diğer çalışmada da doğumun aktif fazının 40 dakika daha uzun sürdüğü saptanmıştır (Sydsjö

ve ark. 2013). Bu bağlamda süresi uzayan doğum eylemi doğum korkusunu da tetiklemekle beraber anksiyetesi yüksek gebelerde daha fazla doğum sonu kanama olabilmektedir (Alessandra ve Roberta 2013). Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğum sürecinin daha uzun olduğu, bununla beraber epidural anestezi, indüksiyon ve enstrümantal doğum ve acil sezaryen doğumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (Adams ve ark. 2012).

Doğum eylemi sürecinde yaşanan olumsuz deneyimler de doğum korkusuna neden olabilmektedir (Nilsson ve ark. 2012) ve bu deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, ayrıca görsel medyada yansıtılan ağırlı doğum sahneleri kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmalarına neden olmaktadır (Sayiner ve ark. 2009; Stoll ve ark. 2013). Dolayısıyla doğumun ağırlı, kanlı, korkutucu imajı gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu durum gebelerin tercihlerini sezaryen doğum üzerinde odaklandırmaktadır (Sayiner ve ark. 2009). İsveç'te yapılan çalışmada isteğe bağlı sezaryen ve acil sezaryenlerin doğum korkusu yaşayanlarda daha fazla olduğu görülmüş ve indüksiyon kullanma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sydsjö ve ark. 2012). Aynı araştırmacıların yaptığı başka bir çalışmada doğum korkusu yaşayan gebelerin sezaryen olma ihtimalini 5.2 kat fazla bulmuştur (Sydsjö ve ark. 2013). Doğum korkusu doğum eyleminde görülebilecek komplikasyonları da beraberinde getirmektedir (Fenwick ve ark. 2009).

2.2.5. Doğum Korkusuyla Baş Etmede Teknikler

Korku, güçlü fiziksel tepkileri başlatan şiddetli, sıkıştırıcı ve ağırlı duyumlara neden olabilmektedir. Gebeye kültürel normların yüklediği oldukça ağır sorumluluklar, doğum eylemini cinsiyetinin bir yeteneği olarak sergilemek zorunda kalmak ve kişisel endişeler, doğum sürecinin korkuyla başlamasına neden olmaktadır (Reiger ve Dempsey 2006). Beynin korkuda anahtar rolü oynadığı bilinmektedir. Bedenin korkuyu durdurmada izleyeceği en etkili yol, o anda korkuya neden olabilecek bir durum olmadığını kanıtlamaktır. Nedensiz korkulara karşı en iyi çözüm ise, kişinin kendi ile korku arasında küçük bir mesafe bırakmasıdır (Rathfisch 2012).

Korkuyla başetmedeki temel yaklaşımları Eriksson ve arkadaşları kaçınma, yardım arama ve oryantasyon şeklinde tanımlanmıştır (Eriksson ve ark. 2006). Doğum

korkusundan kaçınma davranışı olarak kadınların bebekleri ile ilgili ayrıntılı bilgi almaktan kaçındığı görülmüştür. Oryantasyon yaklaşımında olan kadınların ise alabildikleri kadar bilgi almaya çalıştığı ve kendilerini bu zor duruma alıştırmaya çalıştıkları belirlenmiştir. Kaçınma davranışı göstererek gebelik sürecinde bilgi almama ise sağlık açısından çok riskli bir durumdur. Kadınları gebelikleri ile ilgili doğru olmayan girişimlere yönelmeye itebilmektedir. Nerum ve arkadaşlarının çalışmasında düşük obstetrik riski bulunmasına rağmen sezaryen olmayı isteyen kadınların, sağlık personeli tarafından korkularını ifade etmeleri sağlandığında %93'ü tercihini vajinal doğum olarak değiştirmiştir. Gebelik ve travay süresinde, gebenin doğuma uyumu ve olumlu doğum algısı sağlanması, doğum korkusuyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır (Nerum ve ark. 2006).

Doğum korkusuyla baş etmede “Hypnobirthing” doğumu bir sanat olarak ifade etmektedir. “Mary Mongan Yöntemi” olarak da bilinen hipnozla doğum, 1989 yılında tanımlanmıştır. Hypnobirthing metodunun temeli “Dr. Grantly Dick-Read”in “korku-gerginlik-ağrı” siklusuna dayanmaktadır. Bu metotta, anne adayının doğumla ilişkili korkularından kurtulması ve içinde var olan doğum yapma güdülerini keşfetmesi için derin gevşeme ve hipnoz kullanılmaktadır. Bu teknikte bahsedilen hipnoz, bir uyku durumu değil, bilinçli bir derin gevşeme ve uyanıklık halidir. Hypnobirthing bedenin kendi hızında çalışmasına izin verir ve endorfin salınımını hızlandırmak için gevşeme ve görselleştirmeyi kullanarak daha kolay doğuma, kasılma süresinin kısalmasına olanak sağlar. Hypnobirthing bilinçaltında yer alan korkuları çözümleyen bir yöntemdir. Gebelerin doğumda ağrı çekmesine neden olan tüm korkular aslında bilinçaltında gizlidir. Çünkü doğum yapacak olan annenin, küçük yaşlardan itibaren doğumla ilgili duyduğu her olumsuz uyaran bilinçaltında depolanmaktadır. Hypnobirthing bu korkuların ve negatif duyguların açığa çıkarılarak arınmasını sağlamaktadır (Mongan 2012). Literatüre bakıldığında doğumda hipnoz kullanımı ile ilgili, doğum korkusu ve anksiyetesini azaltarak ağrı algılamasını azalttığı (Smith ve ark. 2006; Cyna ve ark. 2006a), analjezi ve oksitosin kullanımını azalttığı (Cyna ve ark. 2005; Smith ve ark. 2006; Cyna ve ark. 2006b), spontan vajinal doğum oranını artırdığı (Cyna ve ark. 2005; Cyna ve ark. 2006b), gebenin doğumdaki motivasyonunu artırdığı, doğumdan memnuniyet düzeyini artırdığı, anne ve bebeğe zararı olmadığı için güvenli bir yöntem olduğu (Simkin ve Bolding 2004; Cyna ve ark. 2006b) ve postpartum depresyon oranını azalttığı (Cyna ve ark. 2006b) saptanmıştır.

Gebelerin sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin doğum korkusuna etkisi bulunmaktadır. Gebelere verilen doğum ile ilgili eğitimler, olumsuz düşüncelerin ve stres düzeyinin azalmasına yardımcı olmaktadır (Saisto ve Halmesmaki 2003). Bu eğitimlerin içeriği, doğum öncesi değerlendirmeler, doğuma ruhsal ve fiziksel hazırlık, gebelik ve doğum hakkında bilgilendirmeler, doğum sırasında yapılacak gevşeme ve nefes egzersizleri, ıkınma eğitimi, doğum sonrası beslenme, egzersiz, bebeğin bakımı gibi başlıklar altında toplanabilmektedir (Güngör ve ark. 2004; Şahin ve ark. 2007; Wiklund ve ark. 2008). Gebelik ve doğum eyleminde profesyonel destek almak, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile başetmesini geliştirebilmekte ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilmektedir. Doğum korkusunun azaltılması gebenin davranışlarını kontrol etme ve olumlu duygular hissetmesini sağlayabilir, kendine güvenini artırıp, doğum sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir (Karaçam ve Akyüz 2011). Bir çalışmada korkuyu giderme ve azaltmada müdahaleleri, olayları veya eylemleri tanımlayan 6 kategori belirlenmiştir: tartışma, bilgi, sağlık bakım hizmeti, olumlu deneyim, testler ve bebeğin hareketlerini hissetmek. Destek bireyler veya sağlık profesyonelleriyle görüşmenin korkuları giderdiği veya hafiflettiği belirtilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanlar, doğumda ağrıyı gidermeyle ilgili bilgi alma ve travay sürecindeki işbirliğinin özellikle önemli olduğunu vurgulamıştır (Melender 2002a).

Doğuma hazırlık eğitiminde öncelikli amaç, anne adayının ve eşinin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin doğru kararlar almalarına ve bu dönemi en güzel şekilde geçirebilmelerine yardımcı olmaktır. Bu eğitimler sayesinde çiftler perinatal süreçte yaşadıklarının gebe, bebek ve diğer aile bireylerinin tüm yaşamını etkileyeceğini öğrenmektedir. Perinatal eğitim çiftleri doğuma ve ebeveynliğe hazırlar. Günümüzde perinatal eğitim sadece erken ve geç dönemleri değil prekonsepsiyonel dönemden ebeveynliğin ilk aylarına ilişkin birçok eğitim sınıflarını kapsamaktadır. Geç dönem doğuma hazırlık sınıfları eşlerin fiziksel ve psikolojik olarak doğuma ve doğum sonrası döneme hazırlığını ve eğitimini içermektedir. Ayrıca doğum eylemi, doğum ağrısıyla baş etme, doğum pozisyonları, doğumda destek, muhtemel girişimler, nefes farkındalığı, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi eğitimler ile anne ve baba adayını doğuma hazırlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı amaçlamaktadır (Humenick 2004). Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği alan gebelerin doğuma uyum süreçlerinin ve memnuniyetlerinin daha iyi, doğumu algılamalarının daha olumlu

olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Coşar ve Demirci 2012; İsbir ve ark. 2015; Şeker ve Sevil 2015).

Doğuma hazırlık felsefesi dünyada 1930 yıllarında başlamış ve günümüzde etkinliği artmaya devam etmektedir. Değişik dönemlerde farklı felsefe ve akımların etkisi ile DickRead, Bradley, Leboyer, Lamaze yöntemi gibi doğuma hazırlık felsefeleri etkin ve popüler olmuştur. Lamaze yöntemi özellikle Amerika ve Avrupa'da etkin olmuştur. Lamaze yöntemi, bir gebeyi duygusal ve bedensel yönden bilinçli bir şekilde doğuma hazırlar. Lamaze yönteminin esası, Pavlow'un şartlı refleksine dayanmaktadır. İnsan beyni, belli bir uyarıyı kabul edip, analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilmektedir. "Psikoproflaksi" olarak tanımlanan bilincin kontrol edilmesi anlamına gelen bu yöntemi Rus psikologlar Dr. Lamaze'den önce uygulamaktaydı. Gebe, doğum ağrıları sırasında kendini kasma yerine gevşetir ve bilinçli nefes alma teknikleriyle kendini kontrol edebilirse, doğum eylemi daha kısa sürmekte ve ağrı düzeyi azalmaktadır. Lamaze felsefesinin temelini; gereksiz tıbbi girişimler yerine doğumun kendi kendine başlamasına izin verme, hareket kısıtlılığının olmaması, sosyal destek olanağının sağlanması, gebenin istediği pozisyonda doğum yapması ve doğum sonrasında anne ve bebek bağlanması oluşturmaktadır (Romano ve Lothian 2008).

2.3. Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT)

Bütün insanların bir enerji bedeni vardır. Enerji bedeni görülmediği ve ölçülemediği için neye benzediği tam olarak bilinmemektedir. Enerji bedeninin bir enerji başının (enerji aklı), enerjiden oluşan ellerinin (iyileştirici eller), kalp merkezi gibi enerji organlarının olduğu varsayılmaktadır. Enerji çok sayıda enerji akışı ile bedene girer, enerjiyi taşıyan enerji kanalları aracılığıyla bedenin içinde baştan başa ilerler ve dışarı çıkar. Bu enerji akışı engellenirse, enerji bedeninde sorunlar ortaya çıkar. Blokajın bulunduğu yerde ve tüm bedendeki enerji akışı etkilenip, aksamalar olur. Enerji blokajlarının sonucunda zihin/beden/enerji sisteminin dengesi bozulur. Enerji blokajı kaldırıldığında birey kendini daha iyi, daha enerjik ve daha canlı hissetmeye başlar. Bununla beraber duygular ve düşünceler değişebilir. Enerji bedeninde olumlu ve güçlü bir enerji akışı varsa mutluluk, kişisel güç, kendini iyi hissetme, anlayışlı olma, sevecen davranma gibi olumlu duygular hissedilebilmektedir. Eğer enerji akışı kesintiye uğrarsa stres, panik, korku, hüzn gibi olumsuz duygular ortaya çıkmakta ve duyguların

etkisiyle fiziksel bedenimizde rahatsızlıklar meydana gelebilmektedir. Enerji bedenindeki enerji akışını iyileştirmek için enerji noktalarına tıklandığında birey enerji bloklarından kurtulmakta ve böylece enerji akışı düzenlenip ve birey kendini iyi hissetmeye başlamaktadır (Hartmann 2016).

Duygusal Özgürleşme Tekniği, enerji psikoterapilerinin türevi olan, uygulanması basit bir terapi. Etkili bir psikoterapi yöntemi olarak klinik sorunlarda başarıyla kullanılan bu teknikte diğer enerji psikoterapileri ile benzer; bireyin sahip olduğu her sınırlayıcı düşünce, rahatsız edici duygu ve anının, bedenindeki enerji akışını bozması ve tıkanıklık yaratması ilkesi temel alınır. Bu ilkeye göre, birey rahat ve gevşek bir durumdayken meridyen sistemindeki elektriksel enerji akışı da rahat ve düzenli olmakta; öfke, üzüntü, stres, hayal kırıklığı gibi duygusal tepkiler bu akışta ani engeller yaratmaktadır. Bireyi engelleyen düşünce, rahatsız eden duygu ya da anıya odaklanarak meridyen sistemi üzerinde yapılan uyarımlar (sıklıkla dokunma yolu ile), enerji akışını düzenleyerek bireyin rahatlamasını sağlamaktadır. Meridyen sistemindeki enerji akışı rahat ve düzgün olduğu zaman bireyin zihin, beden, duygu alanlarında da rahatlama sağlanmaktadır (The EFT Tapping Home).

Duygu sözcüğünün İngilizce karşılığı olan “Emotion” (e-motion) “hareket halindeki enerji” anlamına gelmektedir. Duygular yaşam enerjisidir. Yaşam enerjisinin değişik frekansları insanlara değişik duygular yaşatmaktadır. Örneğin; korku düşük frekanslı, coşku yüksek frekanslı bir (duygu) yaşam enerjisidir. Korkularla dolu bir insan düşük enerjili duygulardan dolayı kendini bitkin, tükenmiş, rahatsız hissederken; coşku dolu bir insan canlı, yaratıcı ve enerjik hissetmektedir. İnsanlar birbiri ile enerji alışverişi içindedir. Duygular ifade edilmediği takdirde, bedende enerji tıkanıklıkları yaratmaktadır. Yaşamı canlı kılan şey duyguların akışıdır. Akışı olmayan bir su birikintisi bir süre sonra bataklığa dönüşebilmektedir. Duyguları tıkanmış bir insan kendi ruhsal bataklığını oluşturmakta, ifade edilmemiş duygular fiziksel ve mental rahatsızlıklara neden olmaktadır (Gün 2004). EFT, duyguların bireyi nasıl etkilediğini ve bunu değiştirmenin bir yolunu sunmakta ve vücudun doğal enerji akışının keyfini çıkarmaya izin vermektedir. EFT uygulamayı deneyen insanların büyük çoğunluğu sadece birkaç EFT turundan sonra daha sakin, daha dengeli ve daha rahat nefes alabilmekte olduğunu bildirmektedir. EFT uygulaması ile duyguların nasıl hissedildiği ve ifade edildiği fark edilebilmekte, kabul edilebilmekte ve dönüştürülebilmektedir (The EFT Tapping Home).

2.3.1. EFT'nin Gelişim Süreci

EFT, Amerikalı bir mühendis ve NLP (Neuro Linguistic Programming-Duyu-Dil Programlama) uzmanı olan Gary Craig'ın Amerikalı klinik psikolog Roger Callahan'ın Düşünce Alanı Terapisi'nden (Thought Field Therapy-TFT) yola çıkarak geliştirdiği bir yöntemdir. Dr. Roger Callahan 1980 yılında şiddetli su fobisi olan bir hasta üzerinde çalışmaktaydı. Hastanın suya duyduğu korkuyla ilgili sık baş ağrıları vardı ve korkunç kabuslar görmekteydi. Yardım bulabilmek için birçok terapistle gitmişti. Dr. Callahan bir buçuk yıl kadar geleneksel araçlarla yardımcı olmaya çalıştıysa da ilerleme kaydedememiştir. Dr. Callahan merakı nedeniyle vücudun enerji sisteminde çalışıyordu. Bir gün psikoterapinin normal sınırları dışında bir adım attı ve hastasının gözlerinin altına (mide meridyeninin uç noktasına) parmak uçlarıyla vurmaya karar verdi. Bu hastada mide rahatsızlığına yol açtı ve akabinde fobisinin kaybolduğunu ifade etti. Yakındaki bir yüzme havuzuna koştu ve yüzüne su çarpmaya başladı. Korkusu, kabusları ve baş ağrıları geçmişti. Ayrıca sonrasında tekrarlamadı. Hasta su fobisi yaşarken mide meridyeninin akışı bozulmuştu ve bu enerji dengesizliği duygusal yoğunluğa neden olmaktaydı. Bu vakada meridyen noktasına tıklandığında enerji akışı dengelendi ve duygusal yoğunluk ve korku yok oldu. Bunu farkederek Craig, EFT'nin temellerin atmaya başladı (Craig 2004).

EFT Stanford Üniversitesi mezunu mühendis Gary Craig tarafından, Dr. Callahan'ın tekniğini sadeleştirerek 1995 yılında geliştirilmiştir. Gary Craig'ın geliştirdiği bu teknikte, bedendeki enerjinin akış yolları olan 12 temel meridyen üzerinde var olan 12 noktanın hepsi kullanılmaktadır. EFT turunda hem genel anksiyete, fobiler, post travmatik stres bozukluğu, korkular ve endişenin yarattığı rahatsızlık ortadan kaldırılmakta hem de hedeflenen her türlü sorunun iyileştirilmesini sağlamaktadır (Craig 2004).

Enerji psikoterapi tekniklerinin 30 dolayında farklı metodu bulunmaktadır (Feinstein 2008). En yaygın kullanılanlar Düşünce Alanı Tedavisi (Thought Field Therapy) (Diepold 2000), Duyusal Özgürleşme Tekniği (EFT) (Craig 2004), Dokun ve Nefes Al (Diepold 2000) ve Tapas Akupresür Tekniği'dir (TAT) (Fleming 1996). Günümüzde sıklıkla kullanılan bu tekniklerin birçok karma yöntem, kombinasyon ve varyasyonu bulunmaktadır (Lane 2009). EFT'de bireyin rahatsızlık duyduğu değerlendirmeleri Wolpe tarafından kullanılan Özel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Disturbance-SUD) ölçeği kullanılarak belirlenmektedir (Wolpe 1973). Ayrıca

EFT’de, Carl Rogers tarafından geliştirilen hasta merkezli yaklaşımda olduğu gibi kişisel koçluk yöntemi kullanılmakta, bireyin kendisine yardım etmesine destek verilmektedir. EFT uygulama basamakları; Papatya Zincirlemesi, Saçmala ve Dokun, Hikaye Anlat gibi Freud’un klinik “anlatarak iyileşme” yönteminden esinlenerek yapılmıştır. Hastanın duygusal yoğunluğunu ve travmatik anılarının izlerini dokunarak azaltmayı amaçlamaktadır. EFT, acıyı ve etkilerini bertaraf etmede klinik olarak bütüncüllüğü vurgulamaktadır. Terapinin amacı fiziksel acıdan bir duyguya ya da travmatik anıya, başka bir acıya sadece birkaç dakika içerisinde kayabilmektedir. Bu teknik, geçmişten gelen travmanın; vücudun veya bedeninin bir parçasında hapsedildiğini ve bulunma ihtimalinin olduğu bütün noktaların açığa çıkarılmasını amaçlamaktadır (Church 2013a). Klinik EFT uygulayıcıları bilişsel terapilerin ışığında, hastaların bilişsel odakları, dilde kullandıkları veya algılarında dikkat ettikleri noktalar ile ilgilenmektedir. Buna karşın, bu tekniklerde sabrın önemi vurgulanmakta olup, hastaya zaman verilerek hastanın kendini keşfetmesi gerekmektedir. Terapiyi gerçekleştiren kişinin kendi kafasındaki muhtemel sorunları hastaya empoze etmesi uygun değildir. Bu durum Gestalt terapisini bulan Fitz Perls’ün önerisiyle de örtüşmektedir, hastaların kendi duygularını keşfetmesi için zaman verilmesi gerekmekte ve terapistin süreç boyunca hastayı yargılamaması gerekmektedir (Perls 1969). Bireyin kendi kendine tanımladığı durumlar gözlemcinin algısından çok farklı olarak gerçekleşebilmektedir (Church 2013a).

2.3.2. EFT’nin Nörofizyolojisi ve Etki Mekanizması

EFT, tüm duygusal ve bedensel rahatsızlıklara vücudun enerji sisteminde meydana gelen bozulmanın öncülük ettiğini savunur. Üzücü ve sıkıntı verici bir olay veya anı bireyin ağrısını tetiklemez bunun yerine üzücü olayın vücudun enerji sisteminde bozulmasına neden olur ve bu bozulmanın bir takım semptomların meydana gelmesine neden olur (Church 2013b). EFT bilişsel ve enerjik düzeyler üzerine çalışır. Rahatsız edici bir belirti veya rahatsızlık hakkında bireyin bilinçli ve farkında olması sağlanırken, aynı zamanda seçilen akupunktur noktalarına aynı anda dokunulur, bilişsel geçiş ve enerjetik salınım meydana gelir (Rancour 2016). Üniter bir teknik olan EFT birçok problem için uygulanabilmektedir ve EFT turu hissedilen sorunlarla ilgili olarak tasarlanmaktadır (Church 2013b).

Modern tıp modellerine göre, stres yanıtı hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini aktive ederek sistemik enflamasyon oluşturur (Church 2013b). Normal koşullarda, hayatta kalma sağlandıktan sonra bu yanıtın azalması gerekir, fakat birçok kişide stres yanıtı ile sisteme kortizol, norepinefrin ve adrenalin gibi daha çok stres hormonu salınımı devam eder. Bu tekrar eden stimülasyon amigdalanın, hipokampüsün ve korku ve ızdırap ile ilgili diğer beyin bölgelerinin artan aktivasyonuna neden olur (Feinstein 2012). Bu geri bildirim döngüsü kesintiye uğramaz ise, stres yanıtı yarattığı fiziksel ve psikolojik sonuçlar ile beraber sıklıkla engellenemez ve kronik enflamatuvar yanıt oluşur (Rancour 2016).

Duygusal uyarının akla getirilmesi ile problem yaratan durum ya da çözilemeyen travmatik durum amigdalayı aktive eder ve tehdit uyarısı oluşturur. Bu seçilen akupunktur noktalarını uyarmak zihinde uyarın hala aktif halde tutulurken, aynı zamanda uyarını azaltarak deaktive edici sinyalleri gönderir. Hipokampüs uyarının stres yanıtı oluşmadan güvenli bir şekilde devreye girme durumunu kaydeder ve ilgili stres yanıtını başlatan nöral yollar kalıcı olarak değişir (Rancour 2016).

Ulett'in akupunktur ile ağrı azaltılmasına yönelik çalışmasına göre, akupunktur uyarımı ile dahili opioidler (endorfin, enkefalin ve dinorfin) salgılanarak ağrı azaltılmakta; bir duygu durumu düzenleyicisi olan serotonin salgılanmakta ve kortizol oranında %50'ye varan bir artış yaşanarak orta beyinde bulunan homeostatik mekanizmaların savaş, kaç ya da donarak kal (fight /flight /freeze-FFF) tepkisi azaltılmaktadır. Endorfin gibi dahili opioidler hem ağrıyı azaltmakta hem de kalp ritmini yavaşlatmaktadır. Hızlı kalp ritmi kişinin yaşadığı anksiyete ve korku gibi proprioseptif uyarımın göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ulett çalışmasında; 30 dakikalık akupunktur uyarımı ile serebrospinal sıvıdaki ağrı azaltıcı endorfin seviyesinin iki katına çıktığını göstermiştir (Ulett 1992).

Birçok beyin görüntüleyici çalışma orta beyin yapısının, özellikle amigdalanın, akupunktur uyarımından etkilendiğini göstermektedir (Gui ve ark. 2000; Napadow ve ark. 2007; Dhond ve ark. 2007; Fang ve ark. 2008; Napadow ve ark. 2009). Ruden, serotonin seviyesindeki artışın bazolateral amigdalanın anksiyete azaltıcı sinir taşıyıcısı olup glutamin üretimini engelleyen ve korku tepkisinin verilmesine yönelik biyokimyasal yolun önüne taş koyan GABA (Gamma-aminobütirik asit)'in salgılanmasına yol açtığını tespit etmiştir (Ruden 2005). Church EFT uygulaması sonucunda rahatlamının FFF tepkisindeki genler üzerindeki baskıyı azalttığını ve

kortizol gibi stres hormonlarının geri çekilmesini artırdığını göstermiştir (Church 2009a).

Fonksiyonel manyetik rezonans (fMRI) beyin görüntüleyici çalışmalar FFF tepkisinde yer alan limbik sistem, amigdala, beyin hücreleri ve orta beyinin çalışmasını azalttığını göstermiştir (Hui ve ark. 2000; Dhond ve ark. 2007; Napadow ve ark. 2007; Fang ve ark. 2008; Napadow ve ark. 2009). Amigdalanın aktive olması yüksek FFF tepkisi ile ilişkilendirilmekte olup, hipokampüsün çalışmasının bu bağlamda FFF tepkisini azalttığı gösterilmiştir (Perry 1999; LeDoux 2002; Phelps ve LeDoux 2005). Napadow ve arkadaşlarının çalışmalarında, gerçek ve suni akupunktur noktaları üzerine yapılan uygulamanın etki fMRI görüntülerinde de açıkça görüldüğü üzere akupunkturun diğer bütün somatik uyarıcılardan daha etkili olduğu açıklanmıştır (Napadow ve ark. 2007; Napadow ve ark. 2009). Akupunktur uyarımı; sempatik sinir sistemi alarmını veya FFF tepkisini yok ettiği ve parasempatik sinir sistemini rahatlattığı için etkili bir tedavi yöntemidir (Korber ve ark. 2002; Ruden 2005; Napadow ve ark. 2007). Sempatik sinir sistemi alarm tepkisi, orta beyin salgıladığı opioid nöropeptidler, serotonin, GABA gibi sakinleştirici sinir taşıyıcıları ile kortizol seviyesinin azaltıldığı biyokimyasal mekanizmayı yönlendirerek engellenmektedir. Bu biyokimyasal tepkimeler biyokimyasal sürecin engellenmesinde öne çıkmaktadır (Lane 2009).

İnsan orta beyni beyin hücreleri ile nörokorteks arasında bulunur ve duyu, işleme, depolama, algılama gibi tehditlere karşı reaksiyon verme gibi işlemler bu bölümde sentezlenir. Orta beyin, bütün vücudu etkileyen fonksiyonların regülasyonu ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra sempatik sinir sisteminin tepki vermesinde depolanan bilgilerin farkına varılmasını sağlamaktadır (Perry 1999). Sempatik sinir sistemi alarm tepkisi bir saniye içerisinde gerçekleşmekte olup beyin frontal loblarının salgıladığı uyarıcıların algısının dahi önüne geçmektedir (Perry 1999; Van der Kolk 2002). Bu alarm tepkisi fiziksel stres, acıya yol açan doku zedelenmesi, kuvvetli duygusal tepki ve ön koşullanma ile tetiklenmektedir (Swack 2001). Acı hissi uyarıcıları beyin hücreleri vasıtasıyla talamusa doğru iletilmektedir. Hipotalamus ise FFF tepkisini ayrı sinir ve nöropeptidler ile böbreküstü bezlerine yönlendirmektedir. Bu sayede epinefrin (adrenalin) ve norepinefrin salgılanmaktadır. Adrenal korteks hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde (HPA aksı) nöropeptidler yoluyla; stres hormonu, bir antienflamatuar olan kortizol salgılanmasını sağlamaktadır. Kortizol vücudun enerjisini arttırabilmesi için karaciğerin glikojen salgılamasını sağlar. Algılanan tehditin depolandığı yer olan

hipokampus ani ve güçlü amigdala aktivasyonu ile yeniden koşullandırılabilir (Van der Kolk 2002). FFF tepkisinin dışavurumunu içeren sol prefrontal korteks, FFF tepkisinden daha yavaş aktive olabilmekte ve amigdala sayesinde etkisiz kalmaktadır (Perry 1999; Rothschild 2000; Van der Kolk 2002).

Beynin duman dedektörü olarak da tanımlanan amigdala (Van der Kolk 2002) talamustan gelen bilgiyi hızlıca işlemekte, ilişkilendirme yoluyla öğrenmekte ve hipotalamustaki FFF alarm tepkisini tetiklemektedir (Perry 1999; Rothschild 2000; Ruden 2005). Amigdala, talamustan gelen tehlike uyarıcılarını değerlendirir. Amigdala, hızlı ancak eksik çalışmakta ve binlerce nöronu eylemlerinde kullanmaktadır. Amigdalanın davranışları reflekslidir. Büyük fiziksel tehlikelerde öncelik hız ve güç verilmektedir (bir kabiliyet olarak güç ve hız; ancak bu kabiliyetlerin davranışlara dönüşebilmesi için yıllarca pratiğe dökülmesi gerekmektedir). Uyarıcılar amigdalaya ulaştığında gerekli uyarıcıları karşılaştırarak ve FFF tepkisinin verilmesi sağlanmaktadır (Lane 2009).

İnsan beyninin önemli bir özelliği de çağrışımsal öğrenme kabiliyetine sahip olmasıdır. Klasik refleks (Pavlov) koşullandırmasının da ortabeyindeki amigdalada yapıldığı ortaya çıkarılmıştır (Rothschild 2000; van der Kolk 2002). Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda çağrışımsal öğrenmenin amigdalanın bazolateral nükleikler içinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Amigdalanın tehlike ile ilişkilendirdiği bir uyarıcıyı algılaması sonucunda FFF tepkisi sağlanmaktadır. Bu uyarıcılar önceki deneyimler ile ilişkilendirilir. Örneğin, birey arkadan bir saldırıya uğradıysa; arkasından gelen eylemlere karşın sempatik sinir sistemi alarm tepkisi geliştirmektedir. Bu tecrübeye sahip bir birey; önceki öğrendiklerine benzer abartılı bir ürkme belirtisi, aşırı uyarı ve diğer FFF tepkilerini gösterecektir (Ruden 2005). Stresli bir olay hakkında düşünmek ve/ya çevredeki benzer uyarıcılar da FFF tepkisinin verilmesinin önünü açmaktadır (Wolpe ve Wolpe 1981; Perry 1999; van der Kolk 2002). Örneğin; panik atak durumunda amigdalanın algıladığı uyarıcılar ile tetiklenebilmekte ve önceki, hayali, beklenen travmalar ile ilişkilendirilmektedir (Lane 2009).

Limbik (duygusal) beyin; orta beyin yapısının bir parçasıdır ve alarm tepkisinde ön plandadır (Rothschild 2000). Orta beyin ile amigdalanın çoklu duygusal yaklaşımın entegrasyon üzerine etkisi alarm tepkisinin öğrenilmesi ile ortaya çıkmaktadır (Phelps ve LeDoux 2005; Perry 2009). Akupunktur etkisinin beyin haritalanması ile ortaya

çıkarılması ve nörobiyolojik araştırmaların ışığında orta beyin tepkisinin engellenmesinin amigdalada oluştuğu ortaya çıkarılmıştır (Hui ve ark. 2000; Ruden 2005; Napadow ve ark. 2009). Akupunktur iğnelerinin batırılmasının yanı sıra akupunktur uyarımının vakum emme, dokunma, ultrason ve akupresür ile de sağlanabildiği, randomize kontrollü çalışmalarda somatik uyarımın (akupresür) iğne ile aynı etkiyi gösterdiği ortaya çıkarılmıştır (Ulett 1992; Jones 2002; Andrade ve Feinstein 2004; Cherkin ve ark. 2009). Bu alışmalar dokunma veya ovmanın da akupunktur noktaları üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu durum akupresür ile gerçekleştirilen çalışmaların akupunktur çalışmaları kadar geçerli olduğunu göstermektedir (Lane 2009).

Akupresür uyarımı sonucu stres yaratıcı dűřünceler rahatlama hissi ile yeniden şekillenmekte ve stres üreten uyarıcıların karşı şartlandırılmasını sağlamaktadır. Enerji psikolojisi maruz bırakma terapileri ve bilişsel şekillendirme üzerine gerçekleştirilen bilimsel çalışmalardan elde edilen bulgular üzerine kurulmuştur ancak bu bilgilere akupunktur uyarımını da eklemektedir. Enerji psikolojisi müdahaleleri travmatik anıların hızla karşı şartlandırılmasında etkili olmaktadır (Johnson ve ark. 2001; Wells ve ark. 2003; Church 2009 a). Karşı şartlandırma amigdalada yer almaktadır (Ulett 1992; Rothschild 2000; Ruden 2005; Hui ve ark. 2007; Napadow ve ark. 2007). Enerji psikoloji tedavisi öncesi ve sonrası hastaların EEG şablonlarını karşılaştıran çalışmalarda EEG frekansının anksiyete ile ilişkilendirildiği gözlenmektedir (Lambrou, Pratt ve Chevalier, 2003; Swingle, Pulos ve Swingle 2004; Diepold ve Goldstein 2008). Rahatlama durumu, uyarıcılar ile anksiyete arasındaki bağlantıyı engellemektedir (Wolpe ve Wolpe 1981). Bunun yanı sıra; nörokortekse doğru kan akımını hızlandırmakta (Amen 2002; Root ve ark. 2009) ve bilgi işlenmesi ve davranış değişimi için gereken yeni sinir yolları aılmasında da etkili olmaktadır (Foa ve ark. 2000; LeDoux 2002; Hartung ve Galvin 2002; van der Kolk 2002).

Enerji psikolojisi tedavileri sırasında gerçekleşen psikolojik değişim çok hızlı olarak gerçekleşebilmekte ve bu durum beynin elektromanyetik alanının değişimlerinden de gözlenebilmektedir (Church 2013a). Bazı araştırmacılar enerji psikolojisi tedavisi sırasında kullanılan elektroenselogram (EEG) sonuçlarında beyin dalgası değişimlerini ölçmüştür (Diepold ve Goldstein 2008). Feinstein ve Church, EFT uygulamasıyla ilgili etki mekanizmasını destekleyen aşağdaki sonuçları tespit etmiştir;

-Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili EEG sonuçlarında beyin dalgası frekanslarında bir azalma olması,

-Gevşeme ile ilişkili EEG sonuçlarında, teta frekanslarının artması,

-Trapez kasının EMG sonuçlarında, önemli derecede gevşetildiğinin ortaya konulması.

-Beyindeki fMRI incelemelerinde amigdala ve diğer korku işleme merkezlerinin düzenlenme göstermesi,

- Kortizol düzeylerinin önemli ölçüde düşmesi,

-Hipotalamus-pitüiter-adrenal eksen yoluyla stres tepkisinin regülasyonu sağlanarak, serotonin, γ -aminobütirik asit ve beta endorfinlerin salınımının artması,

- EFT'nin epigenetik ve gen ifadesine (gene expression) olumlu etkilerinin kanıtlanması (Feinstein ve Church 2010).

2.3.3. EFT Turu

Craig'in temel aldığı Callahan'ın geliştirdiği Düşünce Alanı Terapisi'nde (Thought Field Therapy-TFT) belirli psikolojik koşullar için farklı tıklama noktaları kullanırken, EFT uygulamasında her duygusal sorunu tedavi edebilmek için aynı 12 enerji tıklama noktası kullanılır ve buna "EFT Turu" denir (Craig 2004).

EFT Turu aşağıda belirtilen sıralama ile uygulanır;

1. Öznel Rahatsızlık Düzeyi (SUD) saptanması

2. Kurulum

3. Sırayla meridyen noktalarının tıklanması

4. Dokuz Gamut prosedürü

5. Tekrar sırayla meridyen noktalarının tıklanması

6. Tekrar SUD ile rahatsızlık düzeyinde olan farklılaşmanın kontrolü (Craig 2004; Church 2004; The EFT Tapping Home).

EFT uygulamasının en önemli bölümü ne için tıkladığımızı bilmek için esas sorunu doğru bir şekilde kavramaktır. Blokağı kaldıracak etkileri ile ilgili gerçek soruna odaklanılır. Öncelikle sorun dile getirilir; örneğin "...dan korkuyorum". Bu sorun ile ilgili nörolojik sistemin aktive olabilmesi için sorun yüksek sesle dile getirilir. Enerji sistemi oldukça karmaşıktır ve her sorunun o enerji sistemi içinde belirli bir yeri vardır. Doğru blokağı bulmak ancak sorun hakkında bilinçli bir şekilde düşünerek ya da sorun

kavranarak yapılabilir. Sorun kavrandığında bedendeki gerçek duyuların değişmeye başladığı da fark edilir (Church 2004).

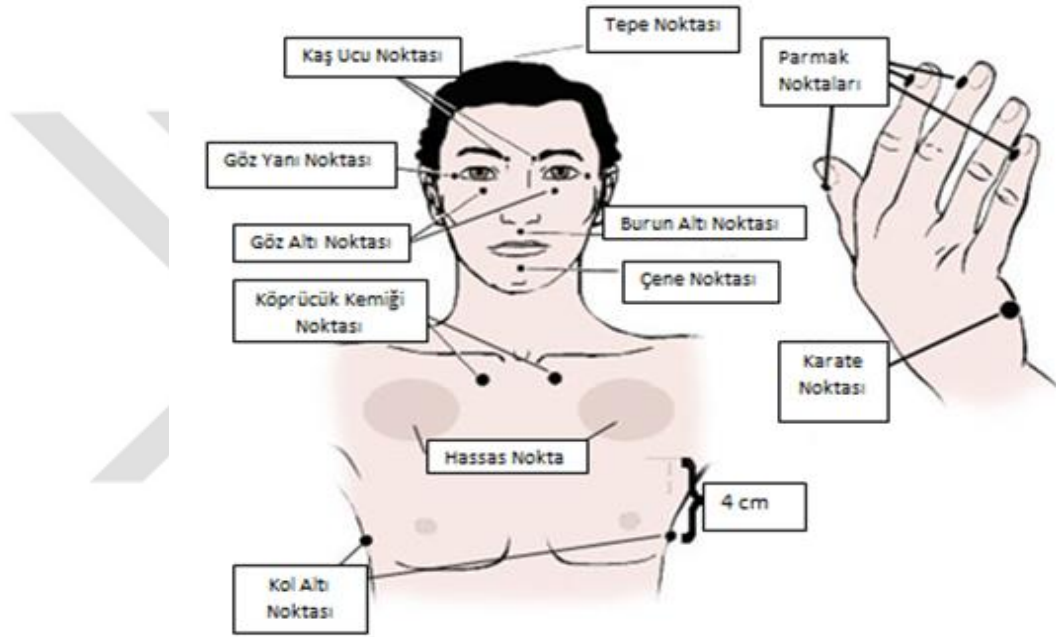
Enerji terapilerinde uygulamaya başlamadan önce sorunun bireye verdiği rahatsızlığın şiddetini, Wolpe tarafından geliştirilmiş Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Disturbance-SUD) adı verilen dereceli bir ölçüm ile değerlendirilir. Bu öznel değerlendirme sırasında danışan hissettiği rahatsızlığı, “10” dayanılmaz derecede rahatsızlık, “0” hiç rahatsızlık yok şeklinde, “0-10” arası bir skalada ile puanlandırır (Wolpe 1973). Bu puanlama ile bireyin o anda hissettiği rahatsızlığın düzeyi belirlenir. Önemli olan nokta bireyin hissettiği rahatsızlığı öznel olarak değerlendirmesidir. Değerlendirilen sayı, uygulamaya başlandığı anda bireyin hangi durumda olduğuna ilişkin somut ve temel bir hareket noktası işlevi görür. Birey stres seviyesi her bir EFT turu sonrası yeniden puanlamaktadır. Ayrıca uygulama sonunda uygulamanın sağladığı değişimi yansıtan bir gösterge elde etme olanağı da sağlanmış olur (Lane 2009; Church ve Brooks 2010a).

EFT turunda tıklamalara başlarken dikkat tamamen soruna verilir ve kurulum (doğrulama) cümlesi söylenir. Ters yüz olmuş ruh hali olumsuz düşünce içerdiği için, olumlama cümlesi bunu etkisiz ve kutupsuz hale getiren bir cümle olmalıdır. Genel yapısı şu şekildedir; “Bu’ma rağmen, kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum.” (Church 2004). Doğrulamanın etkinliğine katkıda bulunmak üzere “Hassas Nokta”nın eş zamanlı olarak ovalanması veya “Karate Noktası”na 3 kere tıklanması gerekmektedir. Göğsün sağ ve sol tarafında iki adet hassas nokta bulunur, bunlar sternum kemiğini üst kısmından 10 cm göbeğe doğru inip, sağa veya sola doğru 10 cm daha yana kayarak bulunur. Bu alana yaklaşık 6 cm’lik bir yarı çapta kuvvetli bir şekilde bastırıldığında “hassas nokta” bulunur (Şekil 2-1). Doğrulama yaparken burası ovalanır ve ovalama yaparken acıdığı hissedilebilir, çünkü burada lenf tıkanması gerçekleşmiş olabilir. Ovalanırken bu tıkanıklık dağıtılır, birkaç uygulama sonrasında acı yok olur (Craig 2004). Doğrulama yaparken diğer bir nokta “karate noktası”dır, el bileğinin üst kısmı ve küçük parmağın tabanı arasında elin dış kısmının ortasında bulunur. Diğer elin işaret ve orta parmağının uçlarıyla güçlü bir şekilde tıklanır (Church ve Brooks 2010a). Uzun yıllar süren deneyimlerin ardından karate noktasına tıklamaların hassas noktanın ovalanmasına oranla biraz daha etkili olduğu belirlenmiştir. Doğrulama ile içinden kısa bir hatırlatma cümlesi oluşturulup turun bir sonraki fazına geçilir. Bu hatırlatma cümlesi; doğum korkuma rağmen, baş ağrım

rağmen gibi örneklenebilir (Craig 2004). Kurulum tamamlandıktan sonra; travmatik hafıza uyandıran hatırlatma cümlesi tekrarlanırken karate noktasına 5-7 kez tıklamalar yapılır (Church ve Brooks 2010a).

-EFT Tıklama Noktaları

EFT turunda, mevcut bozuklukları dengelemek için meridyen uç noktalarına vurmak gerekmektedir. Bu uç noktalar vücudun yüzeyine yakındır, tıklamalar yapılacak meridyen noktalarının yerleri Şekil 2-1. ve Şekil 2-2'de, açıklamaları ise aşağıda sırasıyla verilmektedir (Craig 2004; Church 2004);



Şekil 2-1. EFT Tıklama Noktaları

(<http://www.eft-tapping.learnandenjoy.com/choices-method.jpg>)

1. Kaş ucu (Eyebrow-EB): Kaşın başladığı, burun kemiğinin altındaki birleşme yeri.
2. Göz yanı (Side of Eye-SE): Gözün dış köşesindeki kemiğin üzerindeki nokta.
3. Göz altı (Under Eye- UE): Tam karşıya bakarken gözbebeğinin 2,5 cm altındaki kemiğin üzerindeki nokta.
4. Burun altı (Under Nose-UN): Burnun hemen altındaki, dudak üstünde orta nokta.
5. Çene (Chin- Ch): Çenenin alt sınırı ile alt dudağın ortasındaki nokta.
6. Köprücük kemiği (Collarbone- CB): Göğüs kemiği, köprücük kemiği ve ilk kaburganın birleştiği noktadır.

7. Kol altı (Underarm-UA): Sağ veya sol taraftan erkeklerde göğüs ucunun hizasında, kadınlarda koltuk altının 4-5 cm altında sütyen dikişinin altında kalan nokta (Şekil 2-1).

(Parmaklarda avucunuzu yere tuttuğunuzda, tırnağın size bakan tarafında bulunan noktadır.)

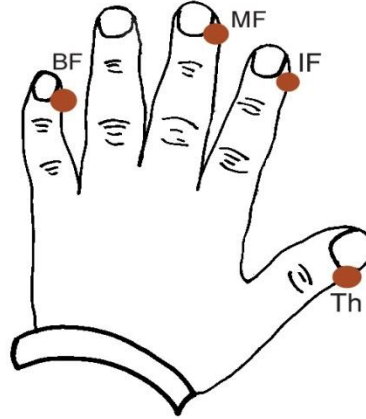
8. Başparmak (Thumb-Th): Başparmak tırnağının tabanı ile aynı hizada başparmağın dış kısmı.

9. İşaret parmağı (Index Finger-IF): Tırnağın tabanı ile aynı hizada, işaret parmağının başparmağına bakan kısmı.

10. Orta parmak (Middle Finger-MF): Tırnağın tabanı ile aynı hizada, orta parmağın başparmağına bakan kısmı.

11. Küçük parmak (Baby Finger-BF): Tırnağın tabanı ile aynı hizada, küçük parmağın başparmağına bakan kısmı.

12. Karate noktası (Karate Chop-KC): El bileğinin üst kısmı ve küçük parmağın tabanı arasında elin dış kısmındaki etli kısmın ortasıdır (Şekil 2-2).



Şekil 2-2. EFT'nin Eldeki Tıklama Noktaları

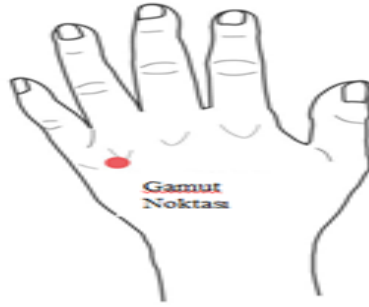
(<https://www.emofree.com/images/BRfingerPoints.jpg>)

Bu tıklama noktalarının vücudun altına doğru devam ettiğine dikkat edilir, her vuruş noktası kendinden öncekinin altında bulunur (Craig 2004).

- Dokuz Gamut Prosedürü

Gamut prosedürünün amacı beynin ince ayarını yapmaktır. Aslen Dr. Roger Callahan tarafından geliştirilen bu dokuz basamaklı işlemin amacı beynin her iki tarafını da angaje etmektir. Elde gamut noktasına tıklamalar yapılırken bazı göz hareketleri,

mırıldanmalar ve saymalar yapılır. Tuhaf bir süreç gibi görünür fakat göz hareketleri yapılırken sinir geçişleri çaprazlanır. Aynı şekilde beynin sağ tarafı (yaratıcı taraf), bir şarkıyı mırıldandığınızda meşgul olur ve saydığınızda sol taraf (dijital taraf) devreye girer. Dokuz gamut prosedürü, EFT turunda uzun yıllar kullanılan standart bir adımdır son zamalarda isteğe bağlı olarak kullanılmaktadır. Gamut prosedürü serebral palsi olan hastalarda faydalı bulunmuş ve ilerlemenin durduğu tespit edilmiştir (The EFT Tapping Home).



Şekil 2-3. Gamut Noktası

(<http://griefandmourning.com/eft>)

Gamut noktası, her iki elin arkasında ve yüzük parmağı ve küçük parmağın tabanındaki eklemlerin arasında orta noktanın yaklaşık 1,5 cm gerisindedir. Yüzük parmağı ve küçük parmağın tabanındaki eklemler arasında hayali bir çizgi çekildiğinde, bu çizginin diğer kenarlarında el bileği yönünde bir noktaya (tepe) doğru yöneldiği bir eşkenar üçgenin tabanı olduğu düşünülürse gamut noktası bu üçgenin tepe noktasıdır (Şekil 2-3). Gamut noktasına sürekli tıklanarak 9 sıralı eylem uygulanır. Bunlar şu şekilde sıralanır;

1. Gözler kapalı.
2. Gözler açık.
3. Başı sabit tutarken gözleri sertçe sağa doğru çevrilir.
4. Kafayı sabit tutarken gözler sola doğru çevrilir.
5. Sanki burun saatin ortasındaymış gibi gözler çemberin içine doğru çevrilir ve tüm sayılar düzenli olarak görmeye çalışılır.
6. Gözler ters yönde çevrilir.
7. Bir şarkının 2 saniyesi (iyi hissettiren herhangi bir şarkı; örneğin mutlu yıllar sana, kutluyorum...) tekrarlanır.
8. 1'den 5'e hızlı bir şekilde sayılır.

9. Bir saniye ara verip tekrar 2 saniyelik bir şarkı söylenir (The EFT Tapping Home).

2.3.4. EFT Uygulama Protokolleri

EFT turu her zaman ayındır ancak sorun hakkında uygulamanın etkileri yönlendirilebilmektedir. Başarılı ve kolay EFT uygulaması için farklı türde sorunlarla çeşitli biçimlerde çalışmak üzere EFT protokolleri mevcuttur (Hartmann 2016).

-EFT Öykü Protokolü

Geçmiş öyküsü olan bir sorunun üstesinden gelmenin ilk ve en kolay yolu, EFT öykü protokolünü kullanmaktır. Sorunun öyküsü anlatılırken ve herhangi bir stres belirtisi hissedildiği anda durup en son söylenen ile ilgili tıklamaya başlanmaktadır. Örneğin geçirdiği trafik kazasını anlatan biri “Milyonlarca kez yaptığım gibi otoyolda evime doğru aracımı sürüyordum, hava kararmıştı ve şiddetli yağmur yağıyordu” diyerek olaydan bahsederken kişi tedirgin olup, kaşlarını çatıp stres belirtileri gösterdiyse o an EFT uygulamasına başlanır. “Karanlık ile şiddetli yağmur” kurulumuyla EFT’ye başlanır, stresinin azaldığı ve hafiflediğini hissettiğinde kişi öyküsüne devam edebilir. Öykünün devamında tekrar stresin arttığı noktalar olursa EFT turu uygulanır. Öykü protokolü stresi adım adım yok ederek, enerji sisteminin asıl olayla yüzleşmeye hazır ve yeterince güçlü hale gelmesini sağlamakta, ayrıca o ana kadar sıkışıp kalmış olan enerji blokajı çözülecektir. Bu protokol son derece tedirgin edici anılardan kaynaklanan stresi yok ederek enerji sisteminin önünü açmaktadır (Hartmann 2016). EFT uygulaması stres yönetimi için güvenli bir şekilde uygulanmaktadır (Craig 2004). Öykü sırasıyla aktarılırken sadece sonuçta değil, her stres belirtisinde uygulama yapılmakta dolayısıyla bütün sorunlar çözümlenmektedir. Acele edilmeden ve rahat hissedilen bir hızda devam edilir, böylece öyküdeki olaylar nedeniyle enerjinin önünde oluşan blokajlar başarılı ve güvenli bir şekilde ortadan kaldırılmış olur (Hartmann 2016).

-EFT Beden Protokolü

İnsanların hayatlarında net bir öykü bulunmayan, neden kaynaklandığı bilinmeyen fakat güçlü duyguları olabilmektedir. Çok eskilere dayanır, öyküsü hatırlanmaz ve neden sürekli ortaya çıktığı kelimelere dökülemez ise EFT uygulamasında beden protokolü tercih edilebilmektir (Hartmann 2016). EFT uygulaması temelde kognitif (bilişsel) ve somatik (fiziksel) olarak iki komponentten

oluşmaktadır (Church ve Brooks 2010a). Beden protokolü, fiziksel duyumlardan yola çıkarak çok net kurulumlar oluşturulmasıyla çalışmaktadır. EFT beden protokolü ve bedenden algılanan fiziksel duyumlar üzerinde çalışırken boşta kalan el bu duygunun bulunduğu yere koyulur, bu sayede enerji akışı hızlanır. EFT beden protokolü birçok şekilde kullanılabilir. Örneğin, “Çok kızgınım” diyen kişi bedende oluşan hislere odaklanıp “Bu öfkeyi bedeninin neresinde ve ne şekilde hissediyorsun, elinle yerini gösterebilir misin?” diye sorulur. Yanıtı “Tam olarak göğsümün ortasında güçlü bir alev gibi” diyebilir. “Göğsümün ortasında güçlü bir alev gibi” kurulumu ve “alev gibi” anımsatıcısıyla tıklamaya başlanır. EFT beden protokolü uygulanırken sorunla ilgili enerji blokajların ve bedenin oluşturduğu duyumların tamamen yok edildiğinden emin olunmalıdır. Bu protokol duygularını dile getirmekten hoşlanmayan ya da bunlar hakkında konuşamayan kişilerde, örneğin küçük çocuklarda yararlı olabilmektedir. Belli bir konunun dile getirilmediği, anların yeniden canlanmadığı ve sorunun kaynağını kimsenin bilmesinin gerekmediği durumlarda kullanılabilir. Acıları ve psikosomatik ağrıları ya da hastalıkların acı veren belirtilerini yok etmek için iyi bir protokol seçeneğidir (Hartmann 2016).

-Dikkate Dayalı EFT Protokolü

Bu protokole Dikkate Dayalı EFT Protokolü adı verilmesinin nedeni düşünme, konuşma söz konusu olmadan, bedensel duyumlara, düşünce ve anların akışına, soluk alıp vermeye ve tıklanan her noktanın tepkisine odaklanılmaktadır. Bu protokolde birey kendine yardım etmektedir. Kurulum ifadesi kullanılmamakta ve eşyaya ya da uyarana odaklanılmaktadır. Odaklanan nesne sorunu anımsatacak herhangi bir şey olabilmektedir. EFT uygulamaya bireyin kendini rahat hissettiği bir yerde başlaması önerilmektedir. Kullanılacak nesne çok yakında olmak zorunda değildir, gerektiği kadar zaman tanınmakta ve ihtiyaç duyulduğu kadar EFT uygulanmaktadır. Burada korku yenmeye çalışılmamakta, yalnızca odaklanılan nesneye doğru stressiz, serbest bir yol, doğal olarak, meydana gelmesi için enerji bedeninin stresi boşaltılmaktadır. Spesifik fobilerde EFT uygulamanın olumlu sonuçlarının olduğu kaydedilmiştir (Salas ve ark. 2011). Dikkate Dayalı EFT Protokolü'nün temel noktası sorunlara neden olan bir şeye doğrudan odaklanmak ve sorunu çözme yolunda adım adım ilerlemektir. Örneğin örümcek korkusu olan biri örümcek yazan ya da resmi olan bir kağıda bakarak, çikolata bağımlılığı olan biri en sevdiği çikolatayı masaya koyarak Dikkate Dayalı EFT Protokolü'nü uygulayabilmektedir (Hartmann 2016).

-EFT Serbest Akış Protokolü

Bu protokol çok belirgin olmayan ya da yeterince anlaşılamayan bir sorunu araştırmak için tercih edilebilmektedir. Herhangi bir konuda genel olarak enerji bedeninde bulunan stresi gidermek için serbest akış protokolü kullanılabilir. Bu durum aynı zamanda zihni, bedeni ve ruhu içeren ilginç bir deneyimdir. Örneğin, moralinin bozuk olduğunu bilen ama nedeninden emin olamayan, ayrıca geçmişte bu durumu birkaç kez yaşamış ve sorunun ne olduğunu bilmese bile bu durumu tamamen önlemek isteyen kişiler bu protokolü tercih edebilir. Kurulum yaparken farklı, diğer tıklama noktalarına geçerken aynı konu hakkında farklı tümcelerle devam edilmektedir. İlk başta tıklanan noktanın çağırıldığı hislere, düşüncelere ve anılara doğrudan karşılık olarak gelen kurulum cümlelerindeki değişime izin verilir, ilginç ve çok güçlü bir EFT uygulamasıdır. Bu protokolün amacı enerji sistemindeki blokajları ortadan kaldırmak ve EFT uygulamasındaki bütün tıklama noktalarından ve yerlerinden tam kapasiteyle yararlanarak enerji akımının serbest kalmasını sağlamaktır (Hartmann 2016).

-Başkasının Yerine EFT protokolü

Başkasının yerine EFT protokolü (vekil tıklama), başka biri için ya da onun adına tıklama yapmaktır. Bu kişi bir çocuk ya da ortak, dost, meslektaş, aile, takım, hayvan, geçmişteki veya gelecekteki görünümümüz olabilmektedir (Hartmann 2016). EFT uygulaması çocuklarda test/sınav kaygısı ve performansı, korku, fobiler, yatak ıslatma, kabuslar, uyku sorunları, okul sorunları, spor kaygısı, öğrenme güçlüğü ve benlik saygısı ile ilgili sorunlarda güvenle yapılabilir (Rancour 2016; Mucillo 2016). Başkasının yerine EFT uygulaması son derece basit ve dolaysızdır; örneğin, Bob adına uygulama yapılıyorsa kurulum “Bob örümceklerden korkuyor.” olacaktır. Herhangi bir nedenle kendisiyle ilgili endişelerimizin olduğu biri adına uygulama yapılması, uygulama yapan kişiyi de stresten arındırmakta ve enerji akışını düzene sokmaktadır. Fiziksel dünyada insanların enerji düzeylerinde çok fazla bağlantı bulunmaktadır. EFT tıklamalarında bu bağlantılar kullanılarak değişimler ve enerji akışı sağlanmaktadır. Çocuklarıyla ilgili endişeli ebeveynler, eşlerinin sıkıntısıyla ilgili partnerler, patronuyla ilgili çalışanlar gibi bu protokolün birçok çeşit kullanım şekli bulunmaktadır. İlginç bir yönü de geçmiş ya da geleceğe yönelik uygulama yapılabilmesidir. “Ben bebekken annem beni terk etti.” demek yerine “terk edilmiş bebek” tıklaması yaparak geçmişteki görünümüne (bebek eskiden vardı, artık burada değil) EFT uygulanabilir. Aynı şekilde gelecek görünümüne de yapılabilir; “Önümüzdeki cuma o ürkütücü sunumu

yapacak olan görünüm.” örneğinde kurulum cümlesi “O görünüm söyleyeceklerini unutmaktan çok korkuyor.” olur ve “sözcükleri unutmak” anımsatıcı ifadesi kullanılır (Hartmann 2016).

-Sevecen EFT Dokunuşu Protokolü

Fiziksel olarak kendine ya da başkasına dokunulamayacağı durumda tercih edilebilmektedir. EFT bir enerji çalışması olduğu için ve birey EFT uygulama noktalarına dokunduğunda enerji bedenindeki değişimleri enerjinin iyileştirici elleri gerçekleştirdiği için, EFT eller kullanmadan da yapılabilir. Sevecen dokunuş protokolünde herhangi bir kurulum cümlesi ya da anımsatıcı kullanılmamakta, yalnızca sevecen dokunuş biçiminde “sevgi” üzerine odaklanılır. Bir an için iyileştiren enerji ellerinin fiziksel olarak bedene bağlı olmadığı ve kendi kendine hareket edebildiği düşünülmektedir. Derin ve rahat soluklar alınmakta ve enerji ellerinin kalp ile temas ettiği yerde oluşan duyumlara yoğunlaşılır. Nefes verilirken “sevecen dokunuş” ifadesi düşünülür ya da söylenir. Derin bir nefes ile beraber ve sevecen bir elin başın tepesine dokunduğu hissedilir. Sevecen el, üçüncü göz noktasına dokunmak üzere hareket ederken tekrar derin bir nefes alınmakta ve bu hissiyat EFT seansı boyunca devam etmektedir. Odaklanmada zorluk yaşanması kişinin fazla stresli olduğunu gösterir. Bu protokolden önce birkaç kez normal tıklamalar yapılması gerekebilir (Hartmann 2016).

2.3.5. EFT Kullanım Alanları

Yaşlı, gebe, çocuk dahil her yaştaki bireye güvenle uygulanabilmektedir. EFT uygulaması yapılmış 51 çalışmada, 18’i randomize kontrollü çalışılmış ve klinik ölçümlerle olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bunun yanı sıra duygusal dışa vurum reaksiyonları oldukça düşüktür (Feinstein 2012). Çocuklarda test/sınav kaygısı ve performansı, korku, fobiler, yatak ıslatma, kabuslar, uyku sorunları, stres, okul sorunları, spor kaygısı, öğrenme güçlüğü ve benlik saygısı ile ilgili sorunlarda EFT uygulanabilmektedir (Rancour 2016; Mucillo 2016; The EFT Tapping Home).

Pubmed, Google akademik ve ilgili literatür kaynakları taranarak incelendiğinde erişkinlerde aşağıdaki konularda EFT’nin araştırma sonuçları olduğu belirlenmiştir. Erişkinlerde psikolojik sorunlarda tedavi amaçlı yapılmış EFT uygulama çalışmaları şekilde sıralanabilir; anksiyete (Temple ve Mollon 2011; Gaesser ve Karan 2017), test anksiyetesi (Sezgin ve Özcan 2009; Jain ve Rubino 2012), bağımlılık (Church ve Brooks 2013), travma sonrası stres bozukluğu (PTSD), hem bireysel hem de büyük

etkili travma olayları (Karatzias ve ark. 2011; Zhang ve ark. 2011; Stein ve Brooks 2011; Church ve Feinstein 2012; Gurret ve ark. 2012; Church, Pina, Reategui ve Brooks 2012; Hartung ve Stein 2012; Connolly ve Sakai 2012; Robson ve Robson 2012; Gallo 2013; Church ve ark. 2013; Boath, Stewart ve Rolling 2014; Dunnewold 2014; Church ve Brooks 2014; Lake 2014; Sheldon 2014), disleksi (McCallion 2012), akademik performans (Boath, Stewart ve Carrier 2013), kilo kaybı ve aşırma (Church ve Brooks 2010b; Stapleton ve ark. 2011; Stapleton, Sheldon ve Porter 2012), depresyon (Church ve ark. 2012a; Stapleton ve ark. 2013; Stapletonve ark. 2014; Chatwin ve ark. 2016), korkular (Waite ve Holder 2003; Baker ve Siegel 2010; Salas, Brooks ve Rowe 2011; Temple ve Mollon 2011), kalabalığın önünde konuşma korkusu (Schoninger ve Hartung 2010; Fitch ve ark. 2011; Jones ve ark. 2011).

Fiziksel ve tıbbi tedavi amacıyla sedef hastalığı (Hodge 2011), nöbet bozuklukları (Swingle 2010), fibromiyalji (Brattberg 2008), baş ağrısı (Bougea ve ark. 2013), spor performansı geliştirme (Church 2009b; Church ve Downs 2012; Llewellyn-Edwards ve Llewellyn-Edwards 2012; Rotheram ve ark. 2012) ve kronik hastalık semptomları (Kalla ve ark. 2017) gibi konularda EFT uygulamaları mevcuttur. Yapılmış bütün bu çalışmalara ek olarak, beden imgesi, inançlar, yas, güvensizlik, ölüm korkusu, bağışlama, yaratıcılık, hedefler, öğrenme, şans, ilişkiler, cinsellik, spiritüalizm ve irade gibi birçok konuda EFT uygulanabilir (Hartmann 2016).

2.3.6. Gebelik ve Doğumda EFT'nin Kullanımı

Gebelikten önce oluşan doğum korkusunun çok şiddetli boyutlara ulaşması "tokofobi" olarak tanımlanmaktadır (Hofberg ve Ward 2004; Bakshi ve ark. 2008; Alessandra ve Roberta 2013). Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreçtir fakat tokofobi kadınlar için ciddi bir problemdir (Serçekuş ve Okumuş 2009; Aksoy 2015; O'Connell ve ark. 2017). Tokofobi kadınlarda değerlendirilmez ve tedavi edilmez ise aile ilişkilerine zarar verebilir, anne sütünü azaltabilir ve uzun vadede çocukta duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklar görülebilir (Gamble ve ark. 2002). Geçmiş deneyimleriyle önceden olumsuz olarak ilişkilendirilmiş doğum eylemi ile ilgili, EFT uygulaması yapılarak gebeler rahatlayıp, olumsuz duygularını özgürleştirebilir. EFT uygulayarak, duygusal sorunları doğumun öncesinde çözmek, gebeyi doğum sırasındaki rahatsızlıklardan uzaklaştırabilir. EFT'nin enerji akışını düzenleyici etkisiyle geçmiş deneyimler, travmalar ve korkular temizlenebilmektedir. EFT, gebeyi travay ve doğum

sırasında kasılmaların ağrısından kurtarmaya ve travay süresinin kılmasına yardımcı olmak için güvenle ve etkili bir şekilde kullanılabilir. EFT zihin, beden ve enerji akışı uyum içinde olduğu zaman daha etkili olmaktadır. Böylece gebeler doğumu düşünceleri ve duygularını sınırlamadan özgürce yaşayabilmektedir. Gebelik döneminde hissedilen stres ve gerginliğin azaltılmasında etkili olmaktadır (Ghamsari ve Lavasani 2015).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada gebelerde doğum korkusunun %52,5 oranında olduğu tespit edilmiştir (Gönenç ve Çalbayram 2017). Tokofobinin, global sıklığını belirlemek için yapılmış bir meta-analizde; tokofobi tanımlamasının değışkenlik gösterdiği ve yaygınlık oranlarının %3,7 ile %43 arasında değıştiği ve son yıllarda artış gösterdiği tespit edilmiştir (O'Connell ve ark. 2017). Körükçü ve arkadaşlarının çalışmasında, doğum korkusunun çok yönlü ve detaylı olduğunu bildirmiş, ağrı, obstetrik yaralanmalar, yetersizlik duygusu, kontrol kaybı, yetersiz desteklenmeye bağlı bebeğin ya da kendi yaşamının kaybedilmesi ve doğumda yalnız kalma korkusunun yaygın olduğunu aktarmıştır (Korukcu ve ark. 2012). Kadınların doğum algısında, yaşanan doğum eyleminden çok hissettiği duygular önem taşır (Ford ve Ayers 2009). Olumsuz bir durum gerçekleştiğinde birey kendini eleştirir, sınırlamaya çalışır aynı zamanda nefesini de tutmaya başlayıp olumsuz duygulara dönüşürse oluşan olumsuz duygular zihinde taşınarak travma haline gelir (Fidan 2014).

EFT uygulamasının çalışma sonuçlarına göre çeşitli psikolojik ve fizyolojik sorunlarda olumlu etkisi ve uygulama sırasında olumsuz bir etkinin olmaması nedeniyle gebelikte seçilebilecek iyi bir terapi yöntemi olabileceğini düşündürmektedir. Geçmiş deneyimler ve duyularla önceden olumsuz algı oluşturulmuş gebelik ve doğum eyleminde EFT uygulanarak gebeler rahatlayabilmekte ve olumsuz duygularını özgürleştirebilir. EFT uygulayarak, duygusal sorunları doğumun öncesinde çözmek, gebeyi doğum sırasındaki rahatsızlıklardan uzaklaştırabilir. EFT, gebeyi travay ve doğum sırasında, kontraksiyonların hissedilen ağrısını azaltmaya ve travay süresinin kılmasına yardımcı olmak için güvenle ve etkili bir şekilde uygulanabilmektedir (Ghamsari ve Lavasani 2015).

2.4. Nefes Farkındalığı

Nefes duyguların nasıl kontrol edileceğini öğretmektedir. Nefese odaklanarak sakin nefes alıp vermek gerginliği gidermekte, bireyi sakinleştirmekte ve hissedilen

rahatsızlıkları hafifletmektedir (Rathfisch 2015b). Elsa Gindler (1885–1961), her eylemde anlık dikkati geliştirerek ve dikkatini nefesine odaklayarak “nefes farkındalığı” adını verdiği bir iyileştirme sistemi tanımlamıştır. Tüberküloz olduktan sonra, kendi geliştirdiği bilinçli farkındalıkla nefes alma şeklini değiştirmiş ve hastalıktan kurtulmayı başarmıştır. Elsa Gindler, nefesle farkındalık çalışmaları ile iyileşirken aynı zamanda korku ve endişeli düşüncelerin azaldığını görmüştür. Nefeste farkındalık çalışmalarını bedensel alandaki sessizlik ve sakinliğin, ruhsal alanda güven oluşturduğunu deneyimleyerek, ruhsal anlamdaki korkularını ve endişelerini gidermede kullanmaya başlamıştır (Geuter ve ark. 2010; Kartal 2016).

Farkındalık; dikkatin şimdiki ana yöneltilecek, anlık deneyimlerin yargılanmadan ve kabullenerek gözlemlenmesidir (Roemer 2002; Çatak ve Ögel 2010). Farkındalık, tüm bedensel duyuların tekrarlayan şekilde gözlemlenmesine dayanmaktadır (Davidson ve ark. 2003).

Nefes uygulamaları, insan yaşamın temel amacı olan sevinç duygusunu yüreğinde hissetmesine imkan sağlayarak, potansiyellerin en yüksek seviyede oluşturulabilmesini ve hayata geçirilebilmesini sağlamaktadır. En yaygın nefes uygulamaları nefes izleme, nefes tutma bırakma, kalbin ritmini değiştirici nefes, diyafram nefesi, bağlantılı dairesel nefes, alternatif burun nefesi, ters nefes, üçlü nefes, nefes tutma/karın kilitleme olarak sıralanabilmektedir. Nefes farkındalığı ile fiziksel, duyuşsal ve zihinsel kontrol, yaşamı kolaylaştırıcı teknikler, birey ve toplumsal farkındalık, varlığını yeniden var etmek ve bilinç seviyesini yükseltmek gibi yararlı sonuçlar elde edilebilmektedir. Doğru nefes almaya başlandığında fizik bedendeki tik, seğirme, tırnak yeme, el ve ayak sallama gibi istem dışı hareketlerin farkına varılmakta ve nefes teknikleriyle kontrol edilebilmektedir. Nefes teknikleri kullanılarak doğru nefes almaya başlandığında düşünce gücünün farkına varılmakta ve zihinsel güç ile hayata yön verebilme yeteneğine kavuşulmaktadır. Güçlükler ve olumsuzluklar yaratıcı imgeler oluşturularak olumlu hale dönüştürülmekte, hayal etmek, tasarımılamak ve yaratım kabiliyetini oluşturarak yaşamı belirleme ve kontrol etme imkanı sağlamaktadır (Fidan 2014; Kartal 2016).

Nefesin kullanım alanı çok çeşitlidir ve yaygındır. Sporcularda (LaComb ve ark. 2017; Stephens ve ark. 2017), dansçılarda (Sliiden ve ark. 2017), sesini kullanarak

çalışanlarda (Acar 2016; Sielska-Badurek ve ark. 2017; Traser ve ark. 2017), ruhsal bozukluklarda (Schmidt ve ark. 2017; Pardeshi ve Hatekar 2017), ağrıyla başetmede (Ki ve ark. 2016; Jafari ve ark. 2017), uyku problemi yaşayanlarda (Chokroverty ve Provini 2017), kekemelikte (Kösreli 2016), öğrencilerde (Cho ve ark. 2016; Sukumar 2017), gebelerde ve doğumda (Adams ve Bianchi 2008; Chuntharapat ve ark. 2008; Boaviagem ve ark. 2017) kullanılmaktadır.

Nefes tekniklerinin geliştirilmesinde izlenen basamaklar vardır. Bunlar doğru nefes alma ve diyaframı kullanma, irade kazanımı ve ego kontrolü sağlama, farkındalık oluşturma, bilinçaltını çözme, temizleme, yaşamı kolaylaştırıcı tekniklere sahip olma olarak sıralanabilir. Diyafram kullanımını tekrar sağlama ve doğru nefes almayı öğrenme nefes tekniklerinin en önemli kazancıdır. Farkındalık kazanma nefesin en önemli konusudur. Nefese odaklanıldığında şimdide ve burada olunmaktadır. Geçmişin ve geleceğin, mutlu hayallerinde veya acı, endişe, korku dolu hatıra ve beklentilerinde dolaşıp istenmediğinde nefesi izleme, nefes alıyorum deme kişinin o ana yoğunlaşmasını sağlamaktadır. Nefes farkındalığı oluşturmaya başlandığında zihnin, duygu ve bedenin uyumu da anlaşılmaya başlanır. Nefes teknikleri düzgün konuşmak, iyi şarkı söylemek ve kendini daha iyi ifade etmek gibi sosyal alanlarda kolaylık sağlar (Kartal 2016).

2.4.1. Nefes Farkındalığı Nörofizyolojisi ve Etkileri

İstemsiz çalışan iç organlarının işlevini düzenleyen otonom sinir sisteminin sempatik ve parasempatik olarak iki kolu bulunmaktadır. Beynin sol lobu sempatik, sağ lobu ise parasempatik sinir sisteminin çalışmasında rol alır. Sağ burundan nefes alırken farkında olmadan sempatik, sol burundan nefes alırken farkında olmadan parasempatik sinir sistemine etki ederek yön vermiş ve etki etmiş olunmaktadır (Kartal 2016).

Normal koşullarda solunumun inspiryum fazı aktif olarak gerçekleşirken, ekspiryum fazı pasiftir. Diyafram, en önemli solunum kasıdır ve vital kapasitenin yaklaşık %65-80'inden sorumludur. Servikal frenik 3-5. düzeyindeki sinirlerden çıkarak innerve edilir. Bunun dışında interkostal ve aksesuar kaslar da inspiryuma katkıda bulunmaktadır. Ayrıca addüktör larengeal kaslar (vokal kordların açık kalmasını sağlar), glossofarengal kaslar (üst solunum yollarının kollobesini engeller) gibi çok sayıda kas inspiryuma katkıda bulunmaktadır. Diyaframın aşağı inmesi intraabdominal basınç

artışına ve yüzen kostalarda yana açılmaya sebep olur ve mekanizma ile de solunuma katkı sağlar. Kas motor lifleri kasılması ekspiryum başlaması ile azalır. Ekspiryum sağlıklı kişilerde pasif olarak gerçekleşir. İnspiryum kasların gevşemesiyle ve akciğer parankiminin geri çekim gücüyle gerçekleşir. Ekspiryum kasları öksürükte ve hava yollarının sekresyonlarının temizlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Harrison 2005; Özkan 2011).

Kan biyokimyasındaki değişiklikler, karotis ve aort damarlarındaki duyarlı algılayıcılar (glomus aortikum ve glomus karotikum) tarafından algılanarak solunum merkezi uyarılmaktadır. Glomus aortikum ve glomus karotikum arteryel kan pH değeri ve kısmi oksijen ve karbondioksit basıncının dengesinin algılanmasında ve dolaylı olarak kontrolünde görev alan kemoreseptör merkezleridir. Karbonik asit ve sodyum bikarbonat oranında, sodyum bikarbonat artarsa parsiyel karbondioksit basıncı düşer. Bu durumda birey normalden az solumakta ve böylece karbondioksit vücuttan az miktarda atılır. Tutulan karbondioksit su ile birleşerek bikarbonat oluşturur. Kandaki parsiyel oksijen basıncının düşmesiyle aort kavisinde yer alan glomus aortikum ile karotis arterin ikiye ayrıldığı yerde bulunan glomus karotikum'daki kemoreseptörler uyarılır. Refleks olarak medulladaki solunum merkezi uyarılıp ve solunum hızlanır (Şeker ve ark. 1999; Kartal 2016). Gebelik döneminde progesteronun solunumu doğrudan uyarıcı etkisi vardır. Gebelikte normal hiperventilasyonu hafif bir respiratuar alkaloz ile kompensatuvar metabolik bir asidoza sebep olur. Gebelerde normal kan gazı pH 7,40-7,47 ve PCO₂ 30-32 mmHg değerindedir. PCO₂ değeri azaldıkça genellikle PO₂ değerinin artmasına rağmen, gebelik sırasında PO₂ ve gaz alışverişini etkileyen değişiklikler meydana gelebilir. Birinci trimestirde 106-108 mmHg olan ortalama PO₂ değeri üçüncü trimestirde 101-104 mmHg'ya düşebilir. Bu dönemde arteriel ve venöz kan oksijen içeriği (15,96 ve 11,97 ml/dl) postpartum döneme (18,00 ve 13,54 ml/dl) göre anlamlı derecede daha düşüktür. Gebelikte solunumda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin bilinmesi gebelik sırasında ortaya çıkabilecek patolojik olayların öngörülmesinde büyük önem taşımaktadır (Tetikurt 2000).

2.4.2. Nefes Farkındalığı Uygulaması

Farkındalığın yolu nefes kontrolünü oluşturabilmekten geçmektedir. Nefes doğal bir süreçtir. Nefes çalışmalarına bir teknik olarak yaklaşmak, nefesin doğal akışını ve spontanlığını bozmaktadır. Nefes farkındalığı oluşturulurken mümkün olduğu kadar az

ve kısa komutlar verilmesine dikkat edilir. Nefesteki derinleşme komutlarla değil, bireyin kendi farkındalığıyla gelişmektedir. Nefesi kontrol edebilmek bedensel, zihinsel ve duygusal dengenin oluşmasını sağlamaktadır. Bu birliğe köprü olan, aralarındaki ilişkiyi düzenleyen ise nefestir. Örneğin, endişe ve kaygı duyulduğunda kısa aralıklarla düzensiz alınan nefeslerle akciğerin üst tarafının hareketlendiği gözlenmektedir (Rathfisch 2015b; Kartal 2016). Alınan her bir nefesle birlikte bedene yeni bir enerjinin ve yaşamın dolduğu hayal edilir. Verilen her bir nefesle birlikte üzüntü verici, stresli, hırs dolu duyguların ve kızgınlığın uzaklaştığı hissedilir. Herhangi bir yargılama olmaksızın nefes alışverişlerin gittikçe uzadığı fark edilir. Nefes alışverişleri zamanla kişinin içe dönmesine, varoluşa uzanmasına neden olur. Nefes alışverişleri uzun tutmak daha kolay hale gelir. Ağzı kapatıp burundan nefes alıp vermeyi öğrenmek ve duruşlar süresince akciğerlerin tam kapasite ile dolup boşalabilmesi için tam kapasite nefes alıp vermek oldukça önemlidir. Tam kapasite ile nefes alındığında diyafram yardımıyla iç organlar ve kalbe iletmeye olur (Rathfisch 2015b).

Nefes alırken burun ucuna yoğunlaşılır, nefes alırken buruna serinlik veren hava, nefes verirken de nispeten sıcaklık veren hava hissedilir (Kartal 2016). Nefes ağız kapatılarak burundan alınıp verilmelidir. Ağız kapatılarak içeri alınan hava vücuttaki ısınmayı harekete geçirmekte ve içeri alınan hava böylece kan damarlarının yoğun olduğu hava yolundaki mukoz membranda daha fazla kalmaktadır. Havanın ısınması için zamana ihtiyacı vardır. Burundaki siliya akciğere girmeden önce havayı temizlemektedir, nefes verildiğinde ise tam tersi bir etki oluşturmaktadır. Burun içindeki mukoz membran havayı nemlendirip ve ısıtması beynin sıcaklık ve nemlilik oranını dengelemeye de yardımcı olmaktadır (Rathfisch 2015b).

Nefesi hissetmek için birey rahat bir pozisyonda oturmalı ve gevşemek için kendini serbest bırakmalıdır. Eğer istenirse sırt duvar veya sandalyeye yaslanmalıdır. Bel omurgası gevşetilip, pelvis yere doğru serbest bırakılmalıdır. Tüm omurga gözde canlandırılır. Boyun gevşemeden çene öne doğru yavaşça uzatılır. Gözler kapatılır ya da bir noktaya odaklanılır. Eğer sırtta bir kamburlaşma, bacaklarda ağrı hissedilirse yere uzanıp nefes alıp vermeye devam edilebilir (Rathfisch 2015b).

Doğal nefese, normal nefes alıp verir gibi başlanır. Ağız kapalı tutulur ve nefesin burundan içeri girip çıkması hissedilir. Her bir nefes vermeden sonra yaşanan küçük ara

hissedilir. Nefes alırken omurganın nasıl uzadığı, omuzların yukarı çekilmeden göğsün yükseldiği hissedilir. Omuzlar, yüz kasların, çene gevşer, ağız hafifler (Rathfisch 2015b).

Mary Mongan travay ve doğum sürecinde uygulanabilecek nefes teknikleri tanımlamıştır. İlki gevşeme nefesidir. Doğum eyleminin servikal dilatasyon ve efasman sürecinde enerjinin korunmasına yardım etmektedir. Derin bir rahatlık ve bedenin gevşek ve esnek olmasını sağlar. Gebenin rahat bir şekilde yatması sağlanır, göz kapakları, ağız, dudaklar doğal gevşekliğine bırakılır ve bedenin bütününe yayılan gevşeklik hissedilir. Karın nefesi alınır ve karnın yükseldiği hissedilir. Burundan nefes verirken de çok yavaşça bedenin çatısının, omuzların içe sarmasına izin verilir. Bu tekniğin doğru yapıldığı el karnın üstüne, sağ el göğsün üstüne koyup nefes alırken karnın balonmuşçasına şişerken sol elin yükseldiği hissedilerek teyit edilir. İkinci nefes tekniği dalga nefesidir. Mongan uterus kontraksiyonlarını dalga olarak adlandırmaktadır. Bu teknikte gebe karnını kullanarak uzun, sakin ve yavaş bir şekilde nefes alınır ve alıştırma gerektirir. Dalga nefesinin amacı nefesi hem alırken hem de verirken mümkün olduğunca uzatmaktır. Bu teknikte sırt yastıklara dayanır veya yan pozisyonda uzanılır. Önce hava yolu temizlenmesi için kısa bir nefes verilir ve sonra göbek şişirilerek nefes içeri çekilir ve aynı derecede yavaş nefes verilir. Doğum nefesinin amacı da bebeğin doğması için nazikçe yardım edercesine aşağıya inmesini desteklemektir. Bu süre boyunca gevşeme halinde olmak tercih edilebilir. Dilin ucu ön dişlerin damakla buluştuğu yere yerleştirilir, bu sayede ağız ve çene gevşer ve vajina çıkışının gevşemesine de yardımcı olur. Kontraksiyonun başladığı hissedildiğinde burundan kısa ve derin bir nefes alıp nefesin enerjisi boğazın alt geri kısmına ve beden boyunca aşağıya yönlendirilir. Vajina kaslarının gevşemesine izin verilir. Bu kısa ve derin nefesler tekrarlanır ve nefesin itme gücünün ağızdan kaçmasına izin verilmez (Mongan 2012).

2.4.3. Doğumda Nefes Farkındalığı Kullanımı

Nefes teknikleri ağrıyı azaltma, rahatlamayı destekleme için kullanılmaktadır. Doğum için hastaneye gelen gebe önceden doğuma hazırlık eğitimi almamışsa yavaş, kontrollü solunum modelini görüşmek ve uygulamak için en uygun zaman latent evrenin başlangıcıdır (Kömürcü ve ark. 2013). Travayın erken fazlarında yavaş ve derin nefes alıp verme, geçiş fazında da ağızdan nefes alıp verme gibi basit nefes modelleri

gebelerin travay sürecinde kendilerini kontrol etmesinde çok etkilidir (Adams ve Bianchi 2005; Chuntharapat ve ark. 2008).

Gebe kontraksiyonlar arasında yürüyemeyecek ve konuşamayacak durumda olduğunda normal solunum hızının yarısı olan abdominal solunum başlatılır. Kontraksiyonların sıklığı ve şiddeti arttıkça gebenin daha yüzeysel ve hızlı, göğüs solunumuna dönmesi gerekebilir. Servikal dilatasyon 8-10 cm olduğu geçiş periyodunda konsantrasyonun devam ettirilmesi zor olabilmektedir. Bu süreçte hiperventilasyon olabilmekte ve hiperventilasyon semptomlarıyla başedebilmesi için gebenin desteğe ihtiyacı olmaktadır. Gebe doğumun ikinci evresinde ıkınırken homurdayabilmekte, inleyebilmekte ve değişik sesler çıkarabilmektedir. Açık glottis ıkınması veya 6-8 saniye altında nefes tutulması fetüsün oksijenasyonu açısından en doğru yaklaşımdır (Kömürcü ve ark. 2013). Aktif fazdaki şiddetli doğum ağrısı ve yüksek anksiyete katekolamin ve kortizol seviyesinin artmasına ve sonra uterus kontraksiyonlarının gücünün azalmasına, düzensizleşmesine sebep olmaktadır. Bu durumda travay süresi uzamaktadır (Brown ve ark. 2001). Nefes teknikleri gebenin sakin kalmasını sağlamakta ve rahatlamasına yardımcı olmaktadır. Böylece fetüsün iyilik hali devam edip ve doğum eylemi kolaylaşır. Nefes farkındalığı, kadının sadece sakinliğini koruması ve doğuma odaklanmasını sağlamaz, aynı zamanda kontraksiyonlara direnç göstermek yerine, ritmiyle uyumu, ayrıca doğum ağrısının negatif algılamasından kurtulmayı ve konforun artmasını sağlar (Chuntharapat ve ark. 2008). Çeşitli nefes desenleri kadınların kaslarını ve travay sürecindeki ağrıyı kontrol edebilmesini geliştirmek için kullanılmaktadır. Amerika'da yapılmış bir çalışmada travayda ağrı yönetiminde nefes tekniği kullanan 1583 kadının %69'u nefesin çok yardımcı olduğunu belirtmiştir (Simkin ve Bolding 2004).

Hemşireler travaydaki gebelerin güvenini artırabilir ve onlara nefes ve rahatlama tekniklerini öğretebilir. Bu süreçte gebe konsantrasyonları ile başedemiyorsa, hemşire bir sonraki kontraksiyonunda nefesini yönetmesine yardımcı olmalı ve gerekiyorsa farklı nefes tekniğine geçilmesini önerebilmektedir. Hemşireler prenatal dönemde gebeleri nefes ve rahatlama tekniklerinin öğretildiği doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları konusunda cesaretlendirmelidir. (Adams ve Bianchi 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarımı

Araştırma, doğum korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniği (Emotional Freedom Technique-EFT) ve nefes farkındalığı (NF) uygulamalarının etkinliğinin belirlenmesi amacıyla, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma için kurulan hipotezler aşağıda belirtildi,

H₀. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniğinin doğum korkusunu azaltıcı etkisi yoktur.

H₁. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniğinin doğum korkusunu azaltıcı etkisi vardır.

H₀. Gebelerde nefes farkındalığı uygulamasının doğum korkusunu azaltıcı etkisi yoktur.

H₁. Gebelerde nefes farkındalığı uygulamasının doğum korkusunu azaltıcı etkisi vardır.

H₀. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniğinin nefes farkındalığı uygulamasına göre doğum korkusunu azaltmada üstünlüğü yoktur.

H₁. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniğinin nefes farkındalığı uygulamasına göre doğum korkusunu azaltmada üstünlüğü vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma özel bir vakıf üniversite hastanesinin travay ve doğum odalarında gerçekleştirildi. Hastane 1997 yılında açılmış olup 2014 tarihinde Akademik Tıp Merkezi Hastane Standartlarından denetlenerek, Türkiye’de bu standartlardan akredite olan ilk hastanedir. Hastanenin 515 yatak kapasitesi ile tamamı akıllı sistemlerle donatılmış alt yapısı ve teknolojisi mevcuttur. Hastanenin doğum salonunda 8 ebe, 1 hemşire ve Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında 2 doçent, 8 uzman hekim görev almaktadır. Hastanede 2016 yılında 1417 vajinal doğum yapılmıştır ve 2016 yılı sezaryen doğum oranı %69 olarak bulunmuştur. Doğum salonuna kimlik okuma sistemi ile giriş sağlanmakta ve gebelerin mahremiyetine hassasiyet gösterilmektedir. Doğum salonunda 5 özel travay odası, 3 doğum odası, 1 suda doğum odası, 1 uzman hekim odası ve 1 ebe-hemşire dinlenme odası yer almaktadır. Her bir özel travay

odasında banyo, tuvalet, refakatçi koltuğu, televizyon, buzdolabı ve kıyafet dolabı mevcuttur. Gebelerin yanında bir kadın refakatçisi kalabilir ve odasında, koridorda rahatça yürüyebilir, istediği zaman duş alabilir, rahatlama egzersizleri yapabilir, ebe veya hemşiresine kolaylıkla ulaşabilir. Hastane kuralları gereği diğer gebelerin mahremiyeti öngörülerek doğumhaneye erkek birey alınmamaktadır. Doğum eyleminin gerçekleştiği odalarda yenidoğanın ilk muayenesi küvözde yapılmaktadır, bebeğin ve annesinin sağlık durumunun uygunluğuna göre ten teması ve ilk emzirme sağlanmakta, sonrasında yenidoğan odasına götürülmektedir. Doğumun üçüncü evresinde plasentanın ayrılma belirtileri izlenmekte, doğurtulmasına yardım edilmekte ve zar ve kotiledon kontrolü yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine 21.04.2016 - 31.05.2017 tarihleri arasında doğum amacıyla başvuran son trimesterdeki tüm gebeler oluşturdu. Örneklemine ise normal doğum yapması planlanan gebelerden, araştırma kriterlerini karşılayan 2 deney grubu, 1 kontrol grubunda olmak üzere toplamda 120 gebe alındı.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- İletişime açık,
- 18-45 yaş arasında,
- En az ilköğretim mezunu,
- Nullipar,
- Anne ve bebek açısından riskli gebelik olmayan (çoğul gebelik, preeklampsi vb),
- Doğumun 1.evresinde (0-3 servikal dilatasyon) olan,
- Travayda/doğumda herhangi bir analjezik anestezi uygulanmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü gebeler araştırma örneklemini oluşturdu.

Bu araştırma deneysel olarak planlandığı için çalışma yapılacak her bir gruba kaç kişinin alınması gerektiğini belirleyebilmek için literatür doğrultusunda gebe kadınlarda doğum korkusu görülme durumu göz önünde bulundurularak güç analizi uygulandı

(Körükçü ve ark. 2012). Bu bağlamda; örneklem sayısını belirlemek amacıyla çalışmanın gücü G*Power (v3.1.9.2) programında hesaplandı. Üç bağımsız grupta 35 olgu çalışmaya alındığında, toplam 105 hastada, %5 anlamlılık düzeyinde 0,80 etki büyüklüğünde, çalışmanın gücü (1- β) 0.91 olarak bulundu. Diğer yandan Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; üç bağımsız grup arası yapılacak olan değerlendirmelerin etki büyüklüğüne (d=0.8) sahip olacağı varsayılarak yapılan hesaplama göre, gruplarda en az 26 kişi olması gerektiği görüldü. Çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak gruplara en az 35'er kişi alınmasına karar verildi. Sonuç olarak, 2 deney ve 1 kontrol grubu olan bu araştırmada 35 gebe EFT grubuna, 35 gebe nefes farkındalığı grubuna ve 50 gebe kontrol grubuna olmak üzere toplamda 120 gebe araştırmaya alındı. Çalışmaya başlamadan önce her gruptan 3'er gebeye pilot uygulama yapıldı, pilot uygulama sonucunda "Tanıtıcı Özellikler Veri Formu" ve "İnnatal Dönem Değerlendirme Formu"nda yer alan sorularda değişiklikler yapıldı ve bu gebeler çalışma örneğine dahil edilmedi. Araştırma örneğini 148 gebe oluşturdu. 28 gebe epidural anestezi uygulanması, sezaryen operasyonuna alınması gibi sebeplerle örneklem kriterlerine uymadığı için çalışma kapsamına alınmadı.

Randomizasyon yapılırken Random.org programı kullanıldı. Random.org programı kullanılarak yapılan rastgele sıralamada;

EFT grubu: 4, 5, 8, 10, 17, 20, 21, 22, 25, 26, 32, 35, 40, 41, 45, 53, 58, 68, 74, 79, 88, 92, 93, 80, 90, 99, 103, 106, 107, 110, 111, 114, 116, 117, 119

Nefes farkındalığı grubu: 1, 2, 3, 6, 23, 27, 28, 29, 33, 37, 39, 42, 47, 49, 57, 60, 62, 64, 67, 69, 70, 72, 75, 77, 78, 82, 86, 89, 94, 95, 104, 112, 113, 115, 118

Kontrol grubu: 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 24, 30, 31, 34, 36, 38, 43, 44, 46, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 59, 61, 63, 65, 66, 71, 73, 76, 81, 97, 83, 84, 85, 87, 91, 96, 98, 100, 101, 102, 105, 108, 109, 120 sıra numaralı kişiler seçilerek gruplar oluşturuldu.

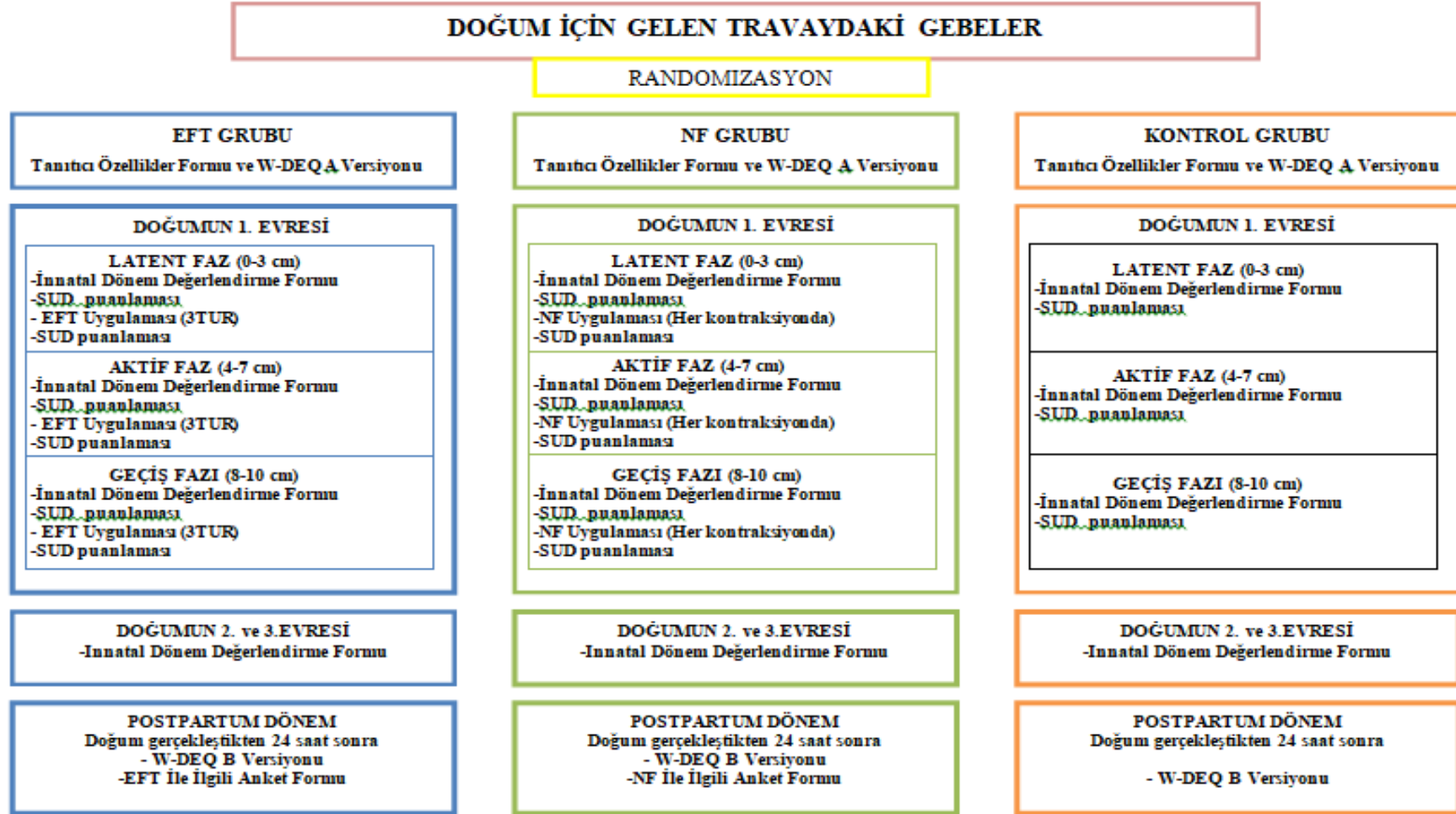
3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma ile ilgili gerekli kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Gebeler randomizasyon sırasıyla çalışmaya alındı. Araştırmanın uygulanması Şekil 3-1'de belirtilen "Araştırma Akış Şeması" doğrultusunda gerçekleştirildi. Araştırmacı

tarafından gebeye çalışmanın amacı, kapsamı, süresi ve yöntemi konusunda bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden gebelerden deney grubuna göre; Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EFT grubu) (EK VIII), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Nefes Farkındalığı grubu) (EK IX), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol grubu) (EK X) okutulup imzalatıldı.



Şekil 3-1: Araştırma Akış Şeması



Çalışma Grupları

EFT grubu:

Bu gruptaki gebelere EFT uygulaması yapıldı. Doğum salonunda travay odasında doğumun birinci evresindeki (0-3 cm servikal dilatasyona kadar) araştırmayı kabul eden bu gruptaki gebelere öncelikle “Tanıtıcı Özellikler Veri Formu” ve “W-DEQ A versiyonu” uygulandı sonra araştırmacı gebenin odasına gidip EFT uygulaması ile ilgili gebe bilgilendirildi. Latent faz (0-3 cm), aktif faz (4-7 cm) ve geçiş fazında (8-10 cm) EFT uygulamaları yapıldı. Her bir fazda EFT uygulamasına başlamadan önce gebe doğum korkusunu “SUD” ile puanlandı ve her bir fazda 3'er defa temel EFT turu uygulandı. EFT turunda aşağıda belirtilen sıralama ile uygulandı (Craig 2004; Church 2004; The EFT Tapping Home);

EFT Turu (1 turluk uygulama içeriği):

1. Kurulum

- Odaklanma
- Değerlendirme
- Onaylama ‘Bu(korkuma) rağmen, kendimi bağıslıyorum, kabul ediyorum ve seviyorum’ (Üç kez söylerken hassas nokta ya da karate kesme noktası ovalanır.)

2. Vuruş Serisi

Kaş ucu, göz yanı, göz altı, burun altı, çene, köprücük kemiğinin başı, kol altı, baş parmak, işaret parmağı, orta parmak, küçük parmak, karate kesme noktalarına iki parmak yardımıyla tıklama yapılır (Bu noktalara yedişer kez vururken kurulum cümlesi yüksek sesle söylenir.) (Şekil 2-1).

3. Dokuz Gamut ve Göz Hareketleri

- Gözlerinizi açın
- Gözlerinizi kapayın
- Gözlerinizi açıp sağa, en aşağıya bakın
- Sola en aşağıya bakın
- Oturduğunuz yerden yukarı, düz bir çizgi izleyerek başınızın tepesine bakın
- Saat yönünde, gözlerinizle çizebileceğiniz en büyük çemberi çizin. Burnunuzu çok büyük bir saatin merkezine yapışmış gibi düşünün ve siz her rakamı mutlaka görmeye çalışın
- Aynı şeyi saatin ters yönünde yapın
- İki saniyeliğine ‘iyi ki doğdun’ diye mırıldanın

- Hızlı birden beşe kadar sayın
 - İki saniyeliğine ‘iyi ki doğdun’ diye mırıldanın
- Her bir fazda EFT uygulamasından sonra tekrar SUD ölçeği puanlandı.

Doğumun başladığı süreçte uygulanan girişimleri ve verileri kaydetmek amacıyla “İnnatal Dönem Değerlendirme Formu” uygulandı. Doğum gerçekleştikten 24 saat sonra ise “W-DEQ B versiyonu” ve “EFT Uygulaması ile İlgili Anket Formu” uygulandı.

Araştırmanın planlama aşamasında EFT alanında uzman Dr. Dawson Church’a danışıldı. Tanıtıcı özellikler veri formunu ve ölçekleri uygulayan kişi ile EFT uygulayıcısının aynı kişi olmasının çok doğru olmadığını aktardı ve bu bağlamda çalışmadan bağımsız bir anketör kullanıldı. Anketör hemşirelik bölümünde dördüncü sınıfta okuyan bir üniversite öğrencisidir. Anketör, EFT uygulaması ve gebeye uygulanacak formlar ile ilgili olarak araştırmacı tarafından bilgilendirdi. Çalışmada uygulanan “Tanıtıcı Özellikler Veri Formu”, “W-DEQ A ve B versiyonları” ve “EFT Uygulaması İle İlgili Anket Formu” soruları anketör tarafından uygulandı ve gebenin formlarda gerekli olan verilerini almak dışında herhangi bir girişimde bulunmadı. EFT uygulama sürecini ve gebenin “SUD” puanlamasını araştırmacı gerçekleştirdi, araştırmacı özel bir EFT eğitmeninden eğitim ve sertifika aldı (EK XI) ve EFT ile Doğuma Hazırlık Kursu’na katıldı (EK XII).

Nefes farkındalığı grubu:

Bu gruba nefes farkındalığı tekniklerinden karın nefesi farkındalığı uygulandı. Doğum salonunda travay odasında doğumun latent fazındaki (0-3 cm dilatasyona kadar) gebelere öncelikle “Tanıtıcı Özellikler Veri Formu” ve “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu” uygulandı. Gebeye latent fazda uygulamaya başlamadan önce Mongan’ın tanımladığı nefes yöntemi hakkında bilgi verildi ve öğrenene kadar beraber çalışıldı (Mongan 2012). Her kontraksiyon başlangıcında rahat bir pozisyonda oturması ve yapabildiği ölçüde yavaş ve düzgün bir şekilde nefes alması ve aynı şekilde nefes vermesi istendi. Bu hızla nefes alıp verme kontraksiyonun geçme süresine denk gelmektedir. Her bir kontraksiyonda nefes farkındalığı uygulamasına devam eden gebe, her bir fazın başlangıcında ve bitişinde doğum korkusunu “SUD” ile puanladı. Nefes farkındalığı uygulaması araştırmacının rehberliğinde gerçekleştirildi. Nefes farkındalığında uygulama basamakları aşağıdaki gibidir;

Bu yöntemde gebe karnını kullanarak uzun, sakin ve yavaş bir şekilde nefes alır ve birkaç alıştırmaya gerektirir. Mongan uterus kontraksiyonlarını “dalga” olarak adlandırmaktadır. Dalga nefesinin amacı nefesi hem alırken hem de verirken mümkün olduğunca uzatmaktır. Bu yöntemde sırt yastıklarıyla desteklenir veya yan pozisyonda uzanılır. Eller karnın üzerinde birleştirilerek karnın tepesine yerleştirilir. Önce hava yolunun temizlenmesi için kısa bir nefes verilir ve sonra karnın şişirilerek nefes içeri çekilir ve aynı derecede yavaşça nefes verilir. Kısa nefes alıp vermekten kaçınılır. Her bir nefes ortalama bir kontraksiyon süresine denk gelir. Beden sabit ve gevşek tutulur, bu sırada fetüs hayal edilmeye çalışılır. Nefes alırken karnın içinde bir balon şişirildiği hayal edilir. Nefes verirken yavaşça, aşağı ve dışarıya doğru üflenir (Mongan 2012).

Doğumun başladığı süreçte uygulanan girişimleri ve verileri kaydetmek amacıyla “İnnatal Dönem Değerlendirme Formu” uygulandı. Doğum gerçekleşikten 24 saat sonra “W-DEQ B versiyonu” ve “Nefes Farkındalığı Uygulaması İle İlgili Anket Formu” uygulandı.

Kontrol grubu:

Kontrol grubuna gebelere herhangi bir girişimsel işlem yapılmadı. Doğum salonunda travay odasında doğumun latent fazındaki (0-3 cm dilatasyona kadar) araştırmayı kabul eden bu gruptaki gebelere öncelikle “Tanıtıcı Özellikler Veri Formu” ve “W-DEQ A versiyonu” uygulandı. Latent, aktif ve geçiş fazında olmak üzere 3 defa doğum korkusuna yönelik “SUD” ile değerlendirme yapıldı. Doğumun başladığı süreçte uygulanan girişimleri ve verileri kaydetmek amacıyla da “İnnatal Dönem Değerlendirme Formu” uygulandı. Doğum gerçekleşikten 24 saat sonra “W-DEQ B versiyonu” uygulandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından amaca uygun olarak hazırlanan;

-Gebelerin bireysel özelliklerini içeren “Tanıtıcı Özellikler Veri Formu” (EK I)

-Gebelerin doğum öncesi beklentisini ölçen “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version A-W-DEQ version A)” (EK II)

-Gebelerin doğum sırasında ve sonrasında yaşadığı doğum korkusunu ölçen “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B-W-DEQ version B)” (EK III)

-Doğum korkusunun şiddetinin ölçen “Öznel Rahatsızlık Birimi (Subjective Units of Disturbance Scale-SUD)” (EK IV)

-Doğum eyleminde gebeye ve fetüse dair verilerin kaydedildiği “İnnatal Dönem Değerlendirme Formu” (EK V)

-Doğum sonrasında gebenin deneyimlerini içeren “Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) Uygulaması İle İlgili Anket Formu” (EK VI)

-Doğum sonrasında gebenin deneyimlerini içeren “Nefes Farkındalığı (NF) Uygulaması İle İlgili Anket Formu” (EK VII) kullanıldı.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Veri Formu (EK I)

Tanıtıcı özellikler veri formu, araştırmacı tarafından gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik öyküsünü içeren 32 sorudan oluşmaktadır. Bu form gebenin yaşı, eğitim düzeyi, kendisi ve eşinin çalışma durumu, evlilik süresi, beden kitle indeksi (BKI), gebelik, düşük ve küretaj sayısı, gebelik haftası, sigara ve alkol kullanma durumu, fobilerinin mevcudiyeti, gebeliğinin nasıl gerçekleştiği, doğum öncesi kontrole gitme durumu, daha önce doğum izleme durumu, doğuma yönelik eğitim alması, annesinin doğum öyküsü, doğumdan korkup korkmadığı ve korkuyorsa sebebinin açıklanmasını içermektedir.

3.5.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ version A) (EK II)

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu; kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir (Wijma ve ark. 1998). Ölçek 33 maddeden oluşmakta, ölçekteki yanıtlar 0’dan 5’e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 165’dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. W-DEQ A versiyonundan alınan puanlar 4 grupta toplanmıştır; düşük derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı

≤ 37), orta derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu (W-DEQ-A puanı ≥ 85) yaşayan kadınlardır (Wijma ve ark. 1998). Ölçekte 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Wijma ve arkadaşları ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğini ve Split-half güvenilirliğini 0,87'den düşük bulmuştur (Wijma ve ark. 1998). Körükçü ve Kukulü tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin; split-half güvenilirliği hem nulliparlar, hem multiparlar, hem de toplam grup için 0,91 olarak belirlenmiştir. Cronbach Alfa değeri ise nulliparlar için 0,88, multiparlar için 0,90 ve toplam grup için 0,89 olarak bulunmuştur (Körükçü ve ark. 2012). Bu araştırmada W-DEQ A versiyonu ortalama puanı $55,28 \pm 15,74$, Cronbach Alfa değeri ise 0,88 olarak saptandı (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A ve B Versiyonlarının Puanlarının Dağılımı ve İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort \pm Ss	Cronbach's Alpha
W-DEQ A versiyonu	33	16 – 90 (55,5)	55,28 \pm 15,74	0,880
W-DEQ B versiyonu	32	25 – 99 (67,5)	64,53 \pm 17,71	0,865

3.5.3. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (W-DEQ version B) (EK III)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B versiyonu; kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 160'dır. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. Ölçekte 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 23, 24, 26, 30 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükçü, Bulut ve Kukulü tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin 6 alt boyutu

bulunmaktadır bunlar; doğum ağrısı ile ilgili kaygılar (1,2,6,11,16,17,18,23 numaralı sorular), olumlu davranışların eksikliği (24,25,26,30 numaralı sorular), yalnızlık (3,7,10,14,19,21,22 numaralı sorular), olumlu duyguların eksikliği (4,5,8,9,12,13,17,20 numaralı sorular), doğumla ilgili kaygılar (27,28,29 numaralı sorular) ve bebek (31 ve 32 numaralı sorular) ile ilgili kaygılardır. Ölçeğin orijinali 33 maddeliktir, ancak 8. maddenin puan yükü faktör analizi sonucu çok düşük olduğu için ölçekten çıkarılmış ve 32 madde yeniden numaralandırılmıştır (Körükçü ve ark. 2014). Wijma ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada ise split-half güvenilirliği nulliparlarda 0,87, multiparlarda 0,96, toplam grupta 1,00 olarak saptanmıştır (Wijma ve ark. 1998). Cronbach Alfa değerleri ise nulliparlarda 0,89, multiparlarda 0,99 ve toplam grupta 0,93 olarak belirlenmiştir (Korukcu ve ark. 2014). Bu araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B versiyonundan aldıkları puan toplamları 25 ile 99 arasında değişmekte olup, ortalama $64,53 \pm 17,71$ Cronbach's Alfa değeri ise 0,865 olarak saptanmıştır (Tablo 3-1).

3.5.4. Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) (EK IV)

Enerji terapilerinde uygulamaya başlamadan önce sorunun kişiye verdiği rahatsızlığın şiddeti SUD ile değerlendirilir. Bu öznel değerlendirme sırasında danışan korkuya sebep olan bir uyarana karşılık hissettiği rahatsızlığı, “0” hiç rahatsızlık yok şeklinde, “10” dayanılmaz derecede rahatsızlık şeklinde düşünür ve 0-10 arası bir ölçekte puanlandırır. Bu puanlama yoluyla bireyin o anda hissettiği rahatsızlığın şiddeti belirlenir. Önemli olan, bireyin hissettiği rahatsızlığı öznel olarak değerlendirmesidir. Bu sayı, uygulamaya başlandığı anda bireyin hangi durumda olduğuna ilişkin somut ve temel bir hareket noktası işlevi görür. Böylece uygulama sonunda uygulamanın sağladığı değişimi, farklılaşmayı yansıtan bir gösterge elde etme olanağı sağlanır (Rogers 1957; Wolpe 1973). Özellikle EFT uygulamasında Wolpe tarafından oluşturulan SUD'un kullanılması üzerinde durulmaktadır (Church 2013a) (EK-XIV). Bu araştırmada SUD kullanılarak gebelerin ifade ettiği doğum korkusu düzeyi kaydedildi.

3.5.5. İnnatal Dönem Değerlendirme Formu (EK V)

İnnatal dönem değerlendirme formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, doğum evrelerine göre değerlendirme parametrelerini içermektedir. Doğumun I. evresinde; dilatasyonu, fetüs başının iniş seviyesini, kontraksiyon sayısını, fetal nabzı, amnios sıvısının durumunu ve kan basıncını içeren parametreleri, II. evrede; doğum süresini,

doğum şeklini ve bu süreçte uygulanan tedavileri ve yenidoğan ile ilgili bilgileri, III. evrede ise plasentanın ayrılmasına ve emzirmeye dair bilgileri içermektedir.

3.5.6. Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) Uygulaması İle İlgili Anket Formu (EK VI)

EFT uygulaması ile ilgili 6 maddeden oluşan anket formu araştırmacı tarafından hazırlandı. EFT yapılan gebelerin doğum sonrası EFT ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla uygulandı.

3.5.7. Nefes Farkındalığı (NF) Uygulaması İle İlgili Anket Formu (EK VII)

Nefes farkındalığı uygulaması ile ilgili 6 maddeden oluşan anket formu araştırmacı tarafından hazırlandı. Nefes farkındalığı yapılan gebelerin doğum sonrası nefes farkındalığı ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla uygulandı.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Games-Howell test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Samples test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Friedman Test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Yasal ve Etik Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alındı (EK XIII). Araştırmanın yapılabilmesi için, Özel Medipol Mega Hastaneler Kompleksi'nden (EK XIV) yazılı izin alındı. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve B versiyonlarının kullanımı için yazarlardan izin (EK XV) alındı.

Çalışmaya katılan her gebeye herhangi bir işlem yapılmadan önce araştırmanın amaçları, yöntemleri, yan etki ve riskleri hakkında bilgi verildi. Gebeler formlara yazılan tüm bilgilerin araştırmacılar tarafından saklanacağı, yanıtlarının gizli kalacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı, yayınlanacak olan sonuçların bireysel özellikleri değil bir grubu niteleyecek doğrultudaki özelliklerden oluşacağı konusunda bilgilendirildi. Gebelerden araştırmaya katılmak istediklerine ilişkin, sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alındı (EK VIII, EK IX, EK X). Gebelere uygulanacak girişimlerin oluşturabileceği beklenmeyen her türlü fiziksel, ruhsal durumlar ile ilgili önlemler alınarak zarar vermeme ilkesine; bakımları ile ilgili her türlü bilginin verilmesi, yarar ve zararları açıklanarak araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür olduklarını ya da katılımlarını ayırmak istediklerinde sonlandırabilecekleri konusunda bilgilendirilerek yaşama saygı ve gönüllülük ilkesine; bilgi ve kimliklerinin kimseyle paylaşılmayacağı konusuna dikkat edilerek gizlilik ilkesine; her gebeye hiçbir ayırım yapılmaksızın uygulama yapılmasıyla adalet ilkesine uyuldu. Araştırmanın yürütüldüğü kliniğin sağlık ekibi araştırma hakkında bilgilendirildi ve destekleri sağlandı. Çalışmanın izlenmesi ve denetlenmesi sorumlu araştırmacı, tez danışmanı ve tez izleme komitesi tarafından yapıldı.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Güçlü Yönleri;

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel tasarımda olması,
- Doğum korkusunun azaltılmasında farklı girişimsel tekniklerin sınanmış olması.

Sınırlı Yönleri;

- Kamuya bağlı üniversite ve devlet hastanelerinde bulunan gebelerin araştırma kapsamına alınamaması,
- Uygulamaların gebelik öncesi ve gebelik sürecinde başlatılamaması.

4. BULGULAR

Gebelerin doğum korkusunu azaltmada EFT ve nefes farkındalığı uygulamalarının etkinliğinin araştırılmasının amaçlandığı bu çalışmada iki deney ve kontrol grubundan oluşan araştırma örnekleminde, EFT grubunda 35, nefes farkındalığı grubunda 35 ve kontrol grubunda 50 gebe olmak üzere toplam 120 gebe bulunmaktadır. Çalışmanın bulguları 4 bölümde ele alınmıştır;

4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Bulguları,

4.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguları,

4.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalara İlişkin Görüşlerine Dair Bulguları,

4.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguları.

4.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Bulguları

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan gebelerin gruplara göre yaş, beden kitle indeksi, eğitim durumu gibi demografik ve gebelik haftası, gebelik kontrolü sayısı, doğum korkusu nedenleri gibi gebeliğe ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, ilk 2 tabloda yer alan temel özelliklere göre deney ve kontrol gruplarının eşlenik özelliklere sahiptir.

Tablo 4-1: Gruplara Göre Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

		Gruplar			P
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
Yaş (yıl)	Min-Maks (Medyan)	20-35 (27)	20-38 (26)	20-36 (27)	^b 0,994
	Ort±Ss	27,29±3,97	27,51±4,65	27,36±4,19	
Evlilik Süresi (yıl)	Min-Maks (Medyan)	1-13 (2)	1-6 (3)	1-13 (2)	^b 0,628
	Ort±Ss	2,83±2,11	2,74±1,20	2,74±2,00	
Boy (cm)	Min-Maks (Medyan)	155-170 (165)	157-170 (166)	158-171 (165)	^b 0,109
	Ort±Ss	164,20±3,66	165,86±3,26	165,40±3,47	
Şimdiki Kilo (kg)	Min-Maks (Medyan)	64-100 (76)	64-98 (75)	64-98 (75)	^b 0,968
	Ort±Ss	76,89±8,53	76,63±9,71	76,46±8,47	
Eğitim Durumu n(%)	Lise ve altı	12 (34,3)	8 (22,9)	6 (12)	^f 0,130
	Üniversite	22 (62,9)	24 (68,6)	39 (78)	
	Lisansüstü	1 (2,9)	3 (8,6)	5 (10)	
Eşin Eğitim Durumu n(%)	Lise ve altı	9 (25,7)	6 (17,1)	11 (22)	^e 0,683
	Üniversite ve üzeri	26 (74,3)	29 (82,9)	39 (78)	
Sosyal Güvence n(%)	Var	34 (97,1)	34 (97,1)	50 (100)	^f 0,505
	Yok	1 (2,9)	1 (2,9)	0 (0)	
Çalışma Durumu n(%)	Çalışıyor	21 (60,0)	22 (62,9)	16 (32,0)	^e 0,006**
	Çalışmıyor	14 (40,0)	13 (37,1)	34 (68,0)	
Eşin Çalışma Durumu n(%)	Çalışıyor	35 (100)	34 (97,1)	50 (100)	^f 0,581
	Çalışmıyor	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	
Gelir Durumu n(%)	Geliri Giderinden Az	0 (0)	1 (2,9)	1 (2,0)	^f 0,702
	Geliri Gidere Denk	27 (77,1)	26 (74,3)	33 (66,0)	
	Geliri Giderden Fazla	8 (22,9)	8 (22,9)	16 (32,0)	
BKİ n(%)	Normal	20 (57,1)	20 (57,1)	30 (60,0)	^f 0,937
	Fazla Kilolu	13 (37,1)	14 (40)	19 (38,0)	
	Obez	2 (5,7)	1 (2,9)	1 (2,0)	
Fobi n(%)	Var	15 (42,9)	6 (17,1)	13 (26,0)	^e 0,047*
	Yok	20 (57,1)	29 (82,9)	37 (74,0)	

^bKruskal Wallis Test

^ePearson Chi-Square Test

^fFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

**p<0,01

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 4-1'de yer almaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu ve sosyal güvence dağılımlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; EFT ve NF grubunda çalışan oranları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,006$; $p<0,01$). Gruplara göre eşin çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süreleri, boy ölçümleri, şimdiki kilo ölçümleri, BKİ düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gebelerin gruplara göre fobi varlığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; EFT grubunda fobisi olduğunu ifade edenlerin oranı, nefes ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,047$; $p<0,05$). Gebelerin %28,3'ü fobisi olduğunu belirtti. Gebelerin %17,6'sının kedi, köpek fobisi, %29,4'ünün böcek, örümcek, sinek fobisi, %26,5'inin yükseklik, %11,8'inin hasta olma, %8,8'inin ölüm, %2,9'unun enjeksiyon, aşı olma ve %2,9'unun diğer fobileri olduğunu belirtti (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Gruplara Göre Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Dağılımı

		Gruplar			p
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
Gebelik Sayısı; n(%)	1 Kez	32 (91,4)	31 (88,6)	46 (92,0)	^f 0,920
	≥2 Kez	3 (8,6)	4 (11,4)	4 (8,0)	
Düşük Sayısı; n(%)	Yok	32 (91,4)	30 (85,7)	46 (92,0)	^f 0,638
	≥1 Kez	3 (8,6)	5 (14,3)	4 (8,0)	
Gebelik Haftası	Min-Maks (Medyan)	35-42 (39)	35-41 (39)	35-41 (39)	^b 0,774
	Ort±Ss	39,11±1,35	39,03±1,12	38,94±1,25	
Gebelikte Alınan Kilo (kg)	Min-Maks (Medyan)	7-26 (15)	6-23 (15)	7-26 (16)	^b 0,673
	Ort±Ss	15,00±4,51	15,29±4,16	15,58±4,31	
Kontrole Gitme Sayısı	Min-Maks (Medyan)	5-15 (10)	5-17 (10)	5-15 (10)	^b 0,447
	Ort±Ss	9,91±2,19	10,57±2,36	10,50±2,15	
Planlı Gebelik; n(%)	Var	29 (82,9)	33 (94,3)	44 (88,0)	^f 0,323
	Yok	6 (17,1)	2 (5,7)	6 (12,0)	
Gebelik Şekli; n(%)	Kendiliğinden	34 (97,1)	34 (97,1)	45 (90,0)	^f 0,415
	Tedavi ile	1 (2,9)	1 (2,9)	5 (10,0)	
Gebelik Boyunca Sağlık Sorunu; n(%)	Evet	5 (14,3)	2 (5,7)	8 (16,0)	^f 0,395
	Hayır	30 (85,7)	33 (94,3)	42 (84,0)	
Daha Önce Doğum Yapan Birini Görme; n(%)	Evet	9 (25,7)	3 (8,6)	6 (12,0)	^e 0,098
	Hayır	26 (74,3)	32 (91,4)	44 (88,0)	
Gebelikte Doğuma Yönelik Eğitim Alma; n(%)	Evet	4 (11,4)	0 (0)	1 (2,0)	^f 0,059
	Hayır	31 (88,6)	35 (100)	49 (98,0)	
Annesinin Anlattığına Göre Kendi Doğumu; n(%)	Normal Doğum	29 (82,9)	31 (88,6)	42 (84,0)	^f 0,689
	Zor Doğum	0 (0)	0 (0)	2 (4,0)	
	Kolay Doğum	6 (17,1)	4 (11,4)	6 (12,0)	

^bKruskal Wallis Test^ePearson Chi-Square Test^fFisher Freeman Halton Test

Gebelerin gruplara göre gebeliğe ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi Tablo 4-2'de görülmektedir.

Araştırmadaki gruplara göre gebelik sayısı ve düşük sayısı, gebelik haftaları, gebelikte alınan kilo, planlı gebelik varlığı ve gebelik şekli, gebelik boyunca sağlık sorunu yaşama, kontrole gitme sayıları, daha önce doğum yapan birini görme ve kendilerinin doğumu durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gebelikte doğuma yönelik eğitim alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$); EFT grubunda doğuma hazırlık eğitim alma oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4-2).

Tablo 4-3: Gebelerin Doğum Korkusu Nedenlerinin Dağılımı

Doğum Korkusu Nedenleri (n=120)*	n(%)
Çok Fazla Ağrı Yaşama	84 (70,0)
Doğumun Nasıl Olacağını Bilmeme	38 (31,7)
Doğum Yapamayacağını Düşünme	34 (28,3)
Doğumda Bebeğimin Zarar Görmesi	24 (20,0)
Doğum Kanalında Yırtılma	23 (19,2)
Sezaryen Doğumun Gerekli Olması	15 (12,5)
Kontrol Kaybı Yaşama Kaygısı	11 (9,2)
Doğum Anında Panik Yaşama Kaygısı	10 (8,3)
Doğumda Kullanılacak Aletleri Bilmeme	7 (5,8)
Genital Bölgede Estetik Kaygısı	7 (5,8)
Doğumda Çaresiz Kalma	6 (5,0)
Bebeğin Sağlıklı Olmaması	3 (2,5)

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Gebelerin doğum korkusu nedenlerinin dağılımı Tablo 4-3'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin %100'ünde (n=120) doğum korkusu bulunmaktadır. Gebelerin %20'si doğumda bebeğinin zarar görmesinden, %70'i çok fazla ağrı yaşamaktan, %12,5'i sezaryen doğumun gerekli olmasından, %5'i doğumda çaresiz kalmaktan, %2,5'i bebeğin sağlıklı olmamasından, %19,2'si doğum kanalında yırtılma olmasından, %28,3'ü doğum yapamayacağından, %5,8'i doğumda kullanılacak aletleri bilmemesinden, %8,3'ü doğum anında panik yaşamaktan, %9,2'si kontrol kaybı yaşamaktan, %31,7'si doğumun nasıl olacağını bilmediğinden ve %5,8'i genital bölgede estetik kaygısı olduğundan doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-3).

4.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguları

Bu bölümde, çalışmaya katılan gebelerin W-DEQ A versiyonu ve W-DEQ B versiyonu ölçeklerinden alınan puanların analizine ait bulgular tablolar halinde verilmiştir. W-DEQ A versiyonu doğumun latent fazında, W-DEQ B versiyonu ise doğumdan 24 saat sonra uygulanmıştır.



Tablo 4-4: Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ version A) Puanlarının Dağılımı (n=120)

	0 Son Derece	1	2	3	4	5 Hiç
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?						
Mükemmel	7 (5,8)	9 (7,5)	40 (33,3)	41 (34,2)	17 (14,2)	6 (5,0)
Korkunç	8 (6,7)	16 (13,3)	40 (33,3)	24 (20,0)	23 (19,2)	9 (7,5)
Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?						
Yalnız	3 (2,5)	1 (0,8)	12 (10,0)	14 (11,7)	50 (41,7)	40 (33,3)
Güçlü	10 (8,3)	37 (30,8)	41 (34,2)	8 (6,7)	17 (14,2)	7 (5,8)
Kendinden Emin	9 (7,5)	33 (27,5)	44 (36,7)	14 (11,7)	11 (9,2)	9 (7,5)
Korkmuş	4 (3,3)	21 (17,5)	23 (19,2)	50 (41,7)	19 (15,8)	3 (2,5)
Yüzüstü Bırakılmış	3 (2,5)	3 (2,5)	2 (1,7)	12 (10,0)	61 (50,8)	39 (32,5)
Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?						
Güçsüz	0 (0,0)	1 (0,8)	31 (25,8)	21 (17,5)	40 (33,3)	27 (22,5)
Güvende	19 (15,8)	40 (33,3)	47 (39,2)	11 (9,2)	3 (2,5)	0 (0,0)
Bağımsız	3 (2,5)	30 (25,0)	53 (44,2)	17 (14,2)	4 (3,3)	13 (10,8)
Umutsuz	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (20,0)	11 (9,2)	48 (40,0)	37 (30,8)
Gergin	3 (2,5)	0 (0,0)	33 (27,5)	45 (37,5)	31 (25,8)	8 (6,7)
Memnun	11 (9,2)	45 (37,5)	27 (22,5)	26 (21,7)	11 (9,2)	0 (0,0)
Hoşnut	8 (6,7)	47 (39,2)	35 (29,2)	27 (22,5)	3 (2,5)	0 (0,0)
Terkedilmiş	0 (0,0)	7 (5,8)	1 (0,8)	17 (14,2)	55 (45,8)	40 (33,3)
Kendine Hakim	11 (9,2)	48 (40,0)	43 (35,8)	10 (8,3)	8 (6,7)	0 (0,0)
Rahat	7 (5,8)	38 (31,7)	46 (38,3)	15 (12,5)	14 (11,7)	0 (0,0)
Mutlu	3 (2,5)	22 (18,3)	62 (51,7)	13 (10,8)	20 (16,7)	0 (0,0)
Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?						
Panik	2 (1,7)	17 (14,2)	26 (21,7)	34 (28,3)	31 (25,8)	10 (8,3)
Ümitsizlik	0 (2,5)	3 (2,5)	16 (13,3)	21 (17,5)	50 (41,7)	30 (25,0)
Çocuğa Kavuşma İsteği	11 (9,2)	34 (28,3)	45 (37,5)	30 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Öz Güvenli	2 (1,7)	5 (4,2)	58 (48,3)	44 (36,7)	11 (9,2)	0 (0,0)
Güvenli	17 (14,2)	11 (9,2)	58 (48,3)	11 (9,2)	18 (15,0)	5 (4,2)
Ağrılı	3 (2,5)	24 (20,0)	50 (41,7)	38 (31,7)	5 (4,2)	0 (0,0)
Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?						
Kötü Bir Şekilde Davranacağım	3 (2,5)	3 (2,5)	1 (0,8)	15 (12,5)	61 (50,8)	37 (30,8)
Bedenimin Bütün Kontrolü Saplmasına İzin Vereceğim	6 (5,0)	58 (48,3)	39 (32,5)	17 (14,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Kontrolü Tamamen Kaybedeceğim	1 (0,8)	3 (2,5)	20 (16,7)	18 (15,0)	49 (40,8)	29 (24,2)
Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?						
Keyif Verici	20 (16,7)	40 (33,3)	38 (31,7)	19 (15,8)	3 (2,5)	0 (0,0)
Doğal	23 (19,2)	49 (40,8)	48 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tamamen Olması Gerektiği Gibi	12 (10,0)	73 (60,8)	32 (26,7)	3 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Son Derece Tehlikeli	1 (0,8)	5 (4,2)	18 (15,0)	39 (32,5)	36 (30,0)	21 (17,5)
Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?						
Bebeğin Öleceğini Düşünme	84 (70,0)	30 (25,0)	6 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bebeğin Zarar Göreceğini Düşünme	83 (69,2)	30 (25,0)	7 (5,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4-4'te verilmiştir.

Gebelerin sadece %5,8'i doğum sancılarının mükemmel olacağını düşünürken, %33,3'ü orta düzeyde, korkunç bir deneyim olacağını bildirdi. Gebelerin %33,3'ü kendini hiç yalnız hissetmediğini, sadece %3,3'ü ise son derece korktuğunu ifade etti. Gebelerin doğum sancuları sırasında hislerine bakıldığında %39,2'sinin orta düzeyde güvende hissettiği, sadece %2,5'inin kendini son derece bağımsız hissettiği, %2,5'inin ise hiç güçsüz hissetmediği ortaya çıkarıldı. Gebelerin %41,7'sinin doğum sancılarını orta düzeyde ağrılı olacağı beklentisinde olduğu ortaya çıkarıldı. Gebelerin sancı düzeyinin en yoğun olduğu zamanda %24,2'si kontrolü hiç kaybetmeyeceğini bildirdi. Son bir ay içinde gebelerin %70'i bebeğinin öleceğine dair düşünceleri hiç aklına getirmediklerini ifade etti (Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (W-DEQ version B) Puanlarının Dağılımı (n=120)

	0 Son derece n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 Hiç n (%)
Doğum kasılmalarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olduğunu hatırlıyorsunuz?						
Mükemmel	12 (10,0)	15 (12,5)	22 (18,3)	31 (25,8)	26 (21,7)	14 (11,7)
Korkunç	10 (8,3)	18 (15,0)	32 (26,7)	29 (24,2)	19 (15,8)	12 (10,0)
Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?						
Yalnız	2 (1,7)	3 (2,5)	8 (6,7)	13 (10,8)	41 (34,2)	53 (44,2)
Güçlü	7 (5,8)	42 (35,0)	29 (24,2)	20 (16,7)	17 (14,2)	5 (4,2)
Kendinden Emin	4 (3,3)	32 (26,7)	37 (30,8)	30 (25,0)	13 (10,8)	4 (3,3)
Korkmuş	7 (5,8)	13 (10,8)	29 (24,2)	32 (26,7)	33 (27,5)	6 (5,0)
Yüzüstü Bırakılmış	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	12 (10,0)	46 (38,3)	59 (49,2)
Kendinizi doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında genel olarak nasıl hissettiniz?						
Güçsüz	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	120 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Güvende	15 (12,5)	32 (26,7)	29 (24,2)	20 (16,7)	15 (12,5)	9 (7,5)
Bağımsız	15 (12,5)	33 (27,5)	42 (35,0)	23 (19,2)	6 (5,0)	1 (0,8)
Umutsuz	1 (0,8)	12 (10,0)	27 (22,5)	20 (16,7)	32 (26,7)	28 (23,3)
Gergin	6 (5,0)	10 (8,3)	33 (27,5)	23 (19,2)	28 (23,3)	20 (16,7)
Memnun	4 (3,3)	29 (24,2)	21 (17,5)	46 (38,3)	11 (9,2)	9 (7,5)
Hoşnut	7 (5,8)	41 (34,2)	20 (16,7)	40 (33,3)	6 (5,0)	6 (5,0)
Terkedilmiş	3 (2,5)	16 (13,3)	14 (11,7)	11 (9,2)	35 (29,2)	41 (34,2)
Kendine Hakim	9 (7,5)	12 (10,0)	28 (23,3)	27 (22,5)	31 (25,8)	13 (10,8)
Rahat	9 (7,5)	31 (25,8)	39 (32,5)	15 (12,5)	18 (15,0)	8 (6,7)
Mutlu	7 (5,8)	29 (24,2)	38 (31,7)	25 (20,8)	18 (15,0)	3 (2,5)
Doğum kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?						
Panik	3 (2,5)	22 (18,3)	45 (37,5)	15 (12,5)	25 (20,8)	10 (8,3)
Ümitsizlik	3 (2,5)	7 (5,8)	18 (15,0)	37 (30,8)	28 (23,3)	27 (22,5)
Çocuğa Kavuşma İsteği	11 (9,2)	42 (35,0)	27 (22,5)	12 (10,0)	17 (14,2)	11 (9,2)
Öz Güvenli	8 (6,7)	23 (19,2)	48 (40,0)	32 (26,7)	9 (7,5)	0 (0,0)
Güvenli	10 (8,3)	23 (19,2)	47 (39,2)	32 (26,7)	8 (6,7)	0 (0,0)
Ağrılı	19 (15,8)	36 (30,0)	27 (22,5)	15 (12,5)	19 (15,8)	4 (3,3)
Doğum kasılmalarının en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?						
Kötü Bir Şekilde Davrandım	2 (1,7)	17 (14,2)	32 (26,7)	35 (29,2)	23 (19,2)	11 (9,2)
Bedenimin Bütün Kontrolü Saplmasına İzin Verdim	2 (1,7)	24 (20,0)	21 (17,5)	21 (17,5)	31 (25,8)	21 (17,5)
Kontrolü Tamamen Kaybettim	5 (4,2)	21 (17,5)	25 (20,8)	39 (32,5)	23 (19,2)	7 (5,8)
Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?						
Keyif Verici	17 (14,2)	18 (15,0)	24 (20,0)	17 (14,2)	33 (27,5)	11 (9,2)
Doğal	25 (20,8)	52 (43,3)	30 (25,0)	9 (7,5)	4 (3,3)	0 (0,0)
Tamamen Olması Gerektiği Gibi	20 (16,7)	67 (55,8)	27 (22,5)	3 (2,5)	3 (2,5)	0 (0,0)
Son Derece Tehlikeli	5 (4,2)	33 (27,5)	19 (15,8)	24 (20,0)	21 (17,5)	18 (15,0)
Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?						
Bebeğin Öleceğini Düşünme	30 (25,0)	73 (60,8)	15 (12,5)	2 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bebeğin Zarar Göreceğini Düşünme	36 (30,0)	70 (58,3)	13 (10,8)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)

Araştırmaya katılan gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4-5'te verilmiştir.

Gebelerin % 26,7'si doğum kasılmalarını orta düzeyli korkunç olduğunu, %10'u ise son derece mükemmel olduğunu ifade etti. Kasılmalar ve doğum sırasında gebelerin %23,3'ü hiç umutsuz olmadığını, %34,2'si hiç terkedilmiş hissetmediğini ifade ederken, sadece %3,3'ü son derece memnun ve %7,5'i son derece rahat olduğunu ifade etti. Gebelerin kasılmalarının en yoğun olduğu zamanda gebelerin %32,5'i orta düzeyde kontrolü kaybettiğini belirtti. Gebelerin %25'i doğumunun doğal bir şekilde gerçekleştiğini düşünürken, %20'si orta düzeyli tehlikeli bir durum olduğunu belirtti. Ayrıca gebelerin %30'u son derece bebeğinin zarar göreceğini düşündüğünü ifade etti (Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ A Versiyonu ve W-DEQ B Versiyonu Puanlarının Karşılaştırması

		Gruplar			^h p
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
W-DEQ A	Min-Maks (Medyan)	21-84 (56)	34-90 (54)	16-88 (56)	F=0,150
	Ort±Ss	56,40±16,20	54,34±12,84	55,16±17,43	0,861
W-DEQ B	Min-Maks (Medyan)	29-96 (60)	25-99 (61)	25-95 (76,5)	F=8,675
	Ort±Ss	59,17±18,52	59,57±18,76	71,74±13,74	0,001**
Test Değeri		t=-0,811	t=-1,237	t=-5,821	
p		^a 0,423	^a 0,224	^a0,001**	
^a Paired Samples Test		^h Oneway Anova Test		**p<0,01	

Tablo 4-6’da gruplara göre W-DEQ A versiyonu ve W-DEQ B versiyonu puanlarının karşılaştırmasına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubu ortalama $56,40\pm 16,20$, NF grubu $54,34\pm 12,84$ ve kontrol grubu $55,16\pm 17,43$ puan aldığı görüldü. Gruplara göre gebelerin W-DEQ B versiyonundan aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). EFT grubu ortalama $59,17\pm 18,52$, NF grubu $59,57\pm 18,76$ ve kontrol grubu $71,74\pm 13,74$ puan aldığı belirlendi. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell test sonuçlarına göre; kontrol grubu gebelerin ölçek puanı, EFT ve NF grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,003$; $p=0,005$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerin; W-DEQ A versiyonunu ile W-DEQ B versiyonundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). NF grubu gebelerin; W-DEQ A versiyonu ile W-DEQ B versiyonundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerin; W-DEQ A versiyonundan aldıkları puanlara göre W-DEQ B versiyonundan aldıkları puanlardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ A Versiyonu Puanlarının Dağılımı

W-DEQ A Versiyonu	Gruplar				^h p
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Düşük derecede doğum korkusu (≤37 puan)	15 (12,5)	4 (11,4)	3 (8,6)	8 (16,0)	X ² =6,305 0,354
Orta derecede doğum korkusu (38-65 puan)	74 (61,7)	19 (54,3)	26 (74,3)	29 (58,0)	
Ağır derecede doğum korkusu (66-84 puan)	28 (23,3)	12 (34,3)	5 (14,3)	11 (22,0)	
Klinik derecede doğum korkusu (≥85 puan)	3 (2,5)	0	1 (2,9)	2 (4,0)	

^hFisher Freman Halton test

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre W-DEQ A Versiyonu puanlarının dağılımı Tablo 4-7’de verildi.

Gebelerin W-DEQ A versiyonu puanlarının sınıflamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubundaki gebelerin %54,3’ünün, NF grubundaki gebelerin %74,3’ünün, genel toplamda gebelerin %61,7’sinde orta derecede doğum korkusu olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Gruplara Göre Gebelerin W-DEQ B Versiyonu Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

W-DEQ B Versiyonu Alt Boyut Puanları		Gruplar			^h p
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
Doğum ağrısı ile ilgili kaygılar	Min-Maks	1,1-4,3	0,9-4,3	1,4-4,4	F=0,177
	(Medyan)	(2,5)	(2,5)	(2,5)	
	Ort±Ss	2,51±0,96	2,56±1,02	2,46±0,52	
Olumlu davranışların eksikliği	Min-Maks	1-3	0,8-3,3	1,3-5	F=52,317
	(Medyan)	(2)	(1,8)	(3,5)	
	Ort±Ss	1,93±0,67	1,94±0,67	3,26±0,74	
Yalnızlık	Min-Maks	0-3	0-3,3	0,4-3,1	F=12,347
	(Medyan)	(1,3)	(1,1)	(2)	
	Ort±Ss	1,27±0,64	1,26±0,70	1,87±0,66	
Olumlu duyguların eksikliği	Min-Maks	0,6-3,3	0,8-3,1	0,6-3,4	F=1,879
	(Medyan)	(2)	(1,9)	(2,3)	
	Ort±Ss	2,07±0,77	2,04±0,74	2,29±0,60	
Doğumla ilgili kaygılar	Min-Maks	0-4	0-4	0-3	F=4,475
	(Medyan)	(1,7)	(1,3)	(2)	
	Ort±Ss	1,47±0,98	1,47±0,98	1,95±0,71	
Bebekle ilgili kaygılar	Min-Maks	0-2,5	0-2,5	0-2	$\chi^2=1,913$
	(Medyan)	(1)	(1)	(1)	
	Ort±Ss	0,80±0,69	0,91±0,56	0,88±0,44	

^bKruskal Wallis Test

^hOneway Anova Test

*p<0,05

**p<0,01

Gruplara göre gebelerin W-DEQ B Versiyonu alt boyut puanlarının karşılaştırması Tablo 4-8’de verildi.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre doğum ağrısı ile ilgili kaygılar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Gruplara göre olumlu davranışların eksikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kontrol grubu puanları, EFT grubu ($p=0,001$) ve NF grubu ($p=0,001$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). EFT grubu ve NF grubu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplara göre olumlu yalnızlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kontrol grubu puanları, EFT grubu ($p=0,001$) ve NF grubu ($p=0,001$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). EFT grubu ve NF grubu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplara göre olumlu duyguların eksikliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplara göre doğumla ilgili kaygılar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,013$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kontrol grubu puanları, EFT grubu ($p=0,039$) ve NF grubu ($p=0,039$) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). EFT grubu ve NF grubu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplara göre bebek ile ilgili kaygılar alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-8).

4.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalara İlişkin Görüşlerine Dair Bulguları

Bu bölümde, çalışmaya katılan gebelerin ait oldukları deney gruplarına göre uygulama öncesi ve sonrasındaki SUD puanlamalarına ve kontrol grubunun SUD puanlamalarının değerlendirilmesi yapıldı. Ayrıca EFT ve NF uygulamaları ile ilgili araştırmacının oluşturduğu sorulara verilen görüşlere yer verildi.

Tablo 4-9: Gruplara Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) Puanlarının Karşılaştırması

		Gruplar			p
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
SUD Latent Faz					
Uygulama Öncesi	Min-Maks (Medyan)	1-8 (5)	1-8 (5)	1-9 (3)	$\chi^2=9,204$
	Ort±Ss	4,77±2,18	4,57±2,09	3,48±1,94	^b 0,010*
Uygulama Sonrası	Min-Maks (Medyan)	0-5 (2)	0-6 (2)	-	Z=-1,923
	Ort±Ss	1,91±1,52	2,80±1,81	-	[§] 0,055
Test Değeri		Z=-5,198	Z=-4,807		
p		^d 0,001**	^d 0,001**		
SUD Aktif Faz					
Uygulama Öncesi	Min-Maks (Medyan)	3-9 (5)	4-9 (6)	2-10 (5)	$\chi^2=1,558$
	Ort±Ss	5,54±1,27	6,06±1,55	5,74±1,79	^b 0,459
Uygulama Sonrası	Min-Maks (Medyan)	0-6 (2)	2-7 (4)	-	Z=-4,021
	Ort±Ss	2,51±1,40	4,00±1,48	-	[§] 0,001**
Test Değeri		Z=-5,245	Z=-4,995		
p		^d 0,001**	^d 0,001**		
SUD Geçiş Fazı					
Uygulama Öncesi	Min-Maks (Medyan)	4-10 (6)	5-10 (8)	5-10 (8)	$\chi^2=9,544$
	Ort±Ss	6,86±1,57	8,00±1,57	7,60±1,44	^b 0,008**
Uygulama Sonrası	Min-Maks (Medyan)	2-7 (4)	2-10 (6)	-	Z=-4,552
	Ort±Ss	3,86±1,44	5,94±1,78	-	[§] 0,001**
Test Değeri		Z=-5,211	Z=-5,012		
p		^d 0,001**	^d 0,001**		

^bKruskal Wallis Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

[§]Mann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 4-9'da çalışma gruplarında doğum eyleminin fazlarına göre EFT ve NF uygulamalarının öncesi ve sonrası Öznel Rahatsızlık Birimi (SUD) karşılaştırmasına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD latent faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; EFT ve NF grubu gebelerin SUD latent faz değeri, kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,009$; $p=0,013$; $p<0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD latent faz değeri, EFT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptandı ($p=0,055$; $p>0,05$). EFT grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD latent faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). NF grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD latent faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Kontrol grubunun latent fazda SUD değeri ortalama $3,48\pm 1,94$ olarak saptandı.

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD aktif faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD aktif faz değeri, EFT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). EFT grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD aktif faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). NF grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD aktif faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Ayrıca kontrol grubunun aktif fazda SUD değeri ortalama $5,74\pm 1,79$ olarak saptandı.

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD geçiş faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; EFT grubu gebelerin SUD geçiş faz değeri, NF ve kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,004$; $p=0,025$; $p<0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD geçiş faz değeri, EFT grubu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). EFT grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD geçiş faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). NF grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD geçiş faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Kontrol grubunun geçiş fazda SUD değeri ortalama $7,60\pm 1,44$ olduğu görüldü (Tablo 4-9).

Tablo 4-10: Grupların Bazı Demografik Verilere Göre Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Farklarının Karşılaştırması

			Gruplar				Test değeri	p
			EFT Grubu SUD Farkları		NF Grubu SUD Farkları			
			n	Ort±Ss	n	Ort±Ss		
Yaş grupları	20-30 yaş	Latent faz	27	3,00±1,14	20	1,75±1,41	Z=-2,980	0,003**
		Aktif faz	27	3,11±0,75	20	1,85±1,27	Z=-3,685	0,001**
		Geçiş fazı	27	3,04±0,94	20	1,85±1,14	Z=-3,522	0,001**
	≥30 yaş	Latent faz	8	2,38±1,30	15	1,80±0,94	Z=-1,126	0,260
		Aktif faz	8	2,75±0,71	15	2,33±1,11	Z=-1,301	0,193
		Geçiş fazı	8	2,88±0,35	15	2,33±0,90	Z=-1,846	0,065
Eğitim durumu	Lise ve altı	Latent faz	12	3,00±1,21	8	2,13±1,13	Z=-1,558	0,119
		Aktif faz	12	2,83±0,83	8	2,00±0,93	Z=-1,780	0,075
		Geçiş fazı	12	2,83±1,11	8	2,13±1,25	Z=-1,432	0,152
	Lisans ve üzeri	Latent faz	23	2,78±1,20	27	1,67±1,24	Z=-2,999	0,003**
		Aktif faz	23	3,13±0,69	27	2,07±1,30	Z=-3,494	0,001**
		Geçiş fazı	23	3,09±0,67	27	2,04±1,02	Z=-3,765	0,001**
Çalışma durumu	Evet	Latent faz	21	2,81±1,29	22	1,41±1,18	Z=-3,371	0,001**
		Aktif faz	21	3,10±0,70	22	1,95±1,29	Z=-3,295	0,001**
		Geçiş fazı	21	2,86±0,96	22	1,91±1,06	Z=-3,003	0,003**
	Hayır	Latent faz	14	2,93±1,07	13	2,38±1,04	Z=-1,234	0,217
		Aktif faz	14	2,93±0,83	13	2,23±1,09	Z=-2,017	0,044*
		Geçiş fazı	14	3,21±0,58	13	2,31±1,03	Z=-2,469	0,014*
Gelir durumu	Geliri giderine denk	Latent faz	27	2,96±1,19	26	1,77±1,31	Z=-3,220	0,001**
		Aktif faz	27	3,07±0,78	26	2,08±1,29	Z=-3,288	0,001**
		Geçiş fazı	27	2,93±0,87	26	2,12±1,11	Z=-2,929	0,003**
	Geliri giderinde n fazla	Latent faz	8	2,50±1,20	8	1,88±0,99	Z=-1,100	0,271
		Aktif faz	8	2,88±0,64	8	2,13±0,99	Z=-1,777	0,076
		Geçiş fazı	8	3,25±0,71	8	2,13±0,64	Z=-2,614	0,009**
BKI	Normal kilolu (18,5-24,9 kg)	Latent faz	20	2,80±1,28	20	1,95±1,10	Z=-2,051	0,040*
		Aktif faz	20	3,05±0,69	20	2,00±1,21	Z=-3,273	0,001**
		Geçiş fazı	20	3,05±0,76	20	2,15±0,99	Z=-2,929	0,003**
	Fazla kilolu/Obez (25->40 kg)	Latent faz	15	2,93±1,10	15	1,53±1,36	Z=-2,895	0,004**
		Aktif faz	15	3,00±0,85	15	2,13±1,25	Z=-2,151	0,032*
		Geçiş fazı	15	2,93±0,96	15	1,93±1,16	Z=-2,620	0,003**
Fobi varlığı	Evet	Latent faz	15	3,00±1,31	6	2,00±1,10	Z=-1,443	0,149
		Aktif faz	15	2,93±0,70	6	2,17±1,72	Z=-1,480	0,139
		Geçiş fazı	15	3,27±0,70	6	2,00±1,41	Z=-2,090	0,037*
	Hayır	Latent faz	20	2,75±1,12	29	1,72±1,25	Z=-2,880	0,004**
		Aktif faz	20	3,10±0,79	29	2,03±1,12	Z=-3,439	0,001**
		Geçiş fazı	20	2,80±0,89	29	2,07±1,00	Z=-2,812	0,005**

[§]Mann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Grupların bazı demografik verilere göre uygulama öncesi ve sonrası SUD farklarının karşılaştırması Tablo 4-10'da gösterildi.

Yaşı 20-30 olan gebelerde, EFT grubu latent faz farkları ($p=0,003$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,001$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Yaşı 30 ve üzeri olan gebelerde; latent faz, aktif faz ve geçiş fazı farkları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Lise ve altı okullardan mezun gebelerde; latent faz, aktif faz ve geçiş fazı farkları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Lisans ve üzeri mezun gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,003$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,001$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$).

Çalışan gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,001$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,003$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Çalışmayan gebelerde; gruplara göre latent faz farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubu aktif faz farkları ($p=0,044$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,014$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Geliri giderine denk olan gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,001$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,003$) nefes grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Geliri giderinden fazla gebelerde; latent faz ve aktif faz farkları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). EFT grubu geçiş fazı farkları NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$).

Normal kilolu gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,040$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,003$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Fazla kilolu/Obez gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,004$), aktif faz farkları ($p=0,032$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,003$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Fobisi olan gebelerde; latent faz ve aktif faz farkları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). EFT grubu geçiş fazı farkları NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,037$; $p<0,05$).

Fobisi olmayan gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,004$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,005$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: EFT Grubundaki Gebelerin EFT Uygulaması ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı

EFT Uygulaması ile İlgili Anket Formu (n=35)	Evet	Kısmen	Hayır
	n (%)	n (%)	n (%)
1) EFT sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim	26 (74,3)	6 (17,1)	3 (8,6)
2) EFT uygulaması karışık bir teknik	7 (20,0)	13 (10,8)	15 (42,9)
3) EFT sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti	16 (45,7)	16 (45,7)	3 (8,6)
4) EFT uygulamasının hiçbir faydasını görmedim	6 (17,1)	7 (20,0)	22 (62,9)
5) EFT doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu	24 (68,6)	5 (14,3)	6 (17,1)
6) EFT uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu	7 (20,0)	6 (17,1)	22 (62,9)

Tablo 4-11’de gebelerin EFT uygulaması ile ilgili görüşlerinin dağılımına yer verildi.

Gebelerin “EFT sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim” ifadesine %74,3’ü evet ve %17,1’i kısmen cevabını verdi. “EFT uygulaması karışık bir teknik” ifadesine gebelerin %20’si evet, %42,9’u hayır ve %10,8’i kısmen cevabını verdi. Gebelerin “EFT sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti” ifadesine %45,7’si evet ve %45,7’si kısmen cevabını verdi. Gebelerin “EFT uygulamasının hiçbir faydasını görmedim” ifadesine %17,1’i evet, %62,9’u hayır ve %20’si kısmen cevabını verdi. “EFT doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu” ifadesine gebelerin %68,6’sı evet ve %14,3’ü kısmen cevabını verdi. Gebelerin “EFT uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu” ifadesine %20’si evet, %62,9’u hayır ve %17,1’i kısmen cevabını verdiği saptandı (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: Nefes Farkındalığı Grubundaki Gebelerin Nefes Farkındalığı Uygulaması ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı

NF Uygulaması ile İlgili Anket Formu (n=35)	Evet	Kısmen	Hayır
	n (%)	n (%)	n (%)
1) NF sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim	25 (71,4)	10 (28,6)	0 (0,0)
2) NF uygulaması karışık bir teknik	1 (2,9)	4 (11,4)	30 (85,7)
3) NF sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti	17 (48,6)	17 (48,6)	1 (2,9)
4) NF uygulamasının hiçbir faydasını görmedim	2 (5,7)	11 (31,4)	22 (62,9)
5) NF doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu	11 (31,4)	24 (68,6)	0 (0,0)
6) NF uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu	0 (0,0)	6 (17,1)	29 (82,9)

Gebelerin NF uygulaması ile ilgili görüşlerinin dağılımına Tablo 4-12’de yer verildi.

Gebelerin “Nefes farkındalığı sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim” ifadesine %71,4’ü evet, %28,6’sı kısmen cevabını verdi. “Nefes farkındalığı uygulaması karışık bir teknik” ifadesine gebelerin %85,7’si hayır ve %11,4’ü kısmen cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti” ifadesine %48,6’sı evet ve %48,6’sı kısmen cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı uygulamasının hiçbir faydasını görmedim” ifadesine %5,7’si evet, %62,9’u hayır ve %31,4’ü kısmen cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu” ifadesine %31,4’ü evet, %68,6’sı kısmen cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu” ifadesini hiçbir gebe onaylamayıp, %17,1’i kısmen cevabını verdi (Tablo 4-12).

4.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguları

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan gebelerin gruplara göre innatal dönemde doğumun ilerleyişine göre gebelerde ve bebekteki bazı verilerin tablolarda incelenmesine yer verilmiştir.

Tablo 4-13: Gebelerin Latent Fazda Servikal Dilatasyon İlerleyişine İlişkin Karşılaştırmaları

Servikal Dilatasyon (0-3 cm)		Gruplar				P
		Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	1-3 (1)	1-3 (1)	1-3 (1)	1-3 (1)	$\chi^2=0,065$
	Ort±Ss	1,48±0,58	1,46±0,56	1,49±0,56	1,50±0,61	^b 0,968
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	1-3 (2)	2-3 (2)	1-3 (2)	2-3 (2)	$\chi^2=0,299$
	Ort±Ss	2,40±0,51	2,40±0,50	2,43±0,56	2,38±0,49	^b 0,861
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	3-3 (3)	3-3 (3)	3-3 (3)	3-3 (3)	-
	Ort±Ss	3,00±0,00	3,00±0,00	3,00±0,00	3,00±0,00	-
Test Değeri		$\chi^2=193,909$	$\chi^2=60,521$	$\chi^2=55,009$	$\chi^2=78,675$	
p		^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	
1. – 2. Ölçüm		^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
1. – 3. Ölçüm		^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
2. – 3. Ölçüm		^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

**p<0,01

Tablo 4-13'te çalışmaya katılan gebelerin latent fazdaki ilerleyişine ölçümüne ilişkin karşılaştırmalarına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1. ve 2. dilatasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. ölçüm dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Gebelerin Aktif Fazda Servikal Dilatasyon İlerleyişine İlişkin Karşılaştırmaları

Servikal Dilatasyon (4-10 cm)	Gruplar				P	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	4-8 (5)	4-8 (5)	4-7 (5)	4-7 (5)	$\chi^2=0,844$
	Ort±Ss	4,98±0,80	4,94±0,84	5,09±0,89	4,92±0,72	^b 0,656
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	5-9 (7)	5-9 (8)	6-9 (7)	6-9 (7)	$\chi^2=0,436$
	Ort±Ss	7,31±0,81	7,34±0,87	7,31±0,90	7,28±0,70	^b 0,804
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	8-10 (10)	8-10 (10)	9-10 (10)	9-10 (10)	$\chi^2=1,013$
	Ort±Ss	9,86±0,37	9,80±0,47	9,86±0,36	9,90±0,30	^b 0,603
Test Değeri	$\chi^2=240,000$	$\chi^2=70,000$	$\chi^2=70,000$	$\chi^2=100,000$		
p	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**		
1. – 2. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**		
1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**		
2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**		

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

**p<0,01

Tablo 4-14'te çalışmaya katılan gebelerin aktif fazda ilerleyişine ilişkin karşılaştırmaları incelendi.

Gruplara göre gebelerin 1. ve 2. dilatasyon ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$;

$p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. dilatasyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. dilatasyon ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. dilatasyon ölçümündeki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-14).

Tablo 4-15: Gebelerin Latent Fazda Fetal Başın İniş Seviyesine İlişkin Karşılaştırmaları

Başın İniş	Gruplar				P	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	-3 – -1 (-3)	-3 – -1 (-3)	-3 – -1 (-3)	-3 – -1 (-2,5)	$\chi^2=2,831$
	Ort±Ss	-2,49±0,65	-2,63±0,60	-2,49±0,66	-2,40±0,67	^b 0,243
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	-3 – -1 (-2)	-3 – -1 (-3)	-3 – -1 (-2)	-3 – -1 (-2)	$\chi^2=0,451$
	Ort±Ss	-2,34±0,70	-2,40±0,70	-2,34±0,73	-2,30±0,71	^b 0,798
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	-3 – -1 (-2)	-3 – -1 (-2)	-3 – -1 (-2)	-3 – -1 (-2)	$\chi^2=1,698$
	Ort±Ss	-1,97±0,66	-2,09±0,66	-1,94±0,64	-1,90±0,68	^b 0,428
	Test Değeri	$\chi^2=97,475$	$\chi^2=28,737$	$\chi^2=29,778$	$\chi^2=40,083$	
	p	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	
	1. – 2. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,005**	^d 0,059	^d 0,025*	
	1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	^b Kruskal Wallis Test	^c Friedman Test	^d Wilcoxon Signed Ranks Test			
	*p<0,05	**p<0,01				

Tablo 4-15'te gebelerin latent fazda fetal başın inişine ilişkin karşılaştırmaları incelendi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. başın iniş ölçümündeki düşüş de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,005$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. başın iniş ölçümündeki düşüş de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 3. başın iniş ölçümündeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. başın iniş ölçümündeki düşüş de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,025$; $p=0,001$; $p<0,05$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. başın iniş ölçümündeki düşüş de istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-15).

Tablo 4-16: Gebelerin Aktif Fazda Fetal Başın İniş Seviyesine İlişkin Karşılaştırmaları

Fetal Başın İniş Seviyesi	Gruplar				P	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	-2-0 (-2)	-2-0 (-2)	-2-0 (-2)	-2-0 (-1)	$\chi^2=0,810$
	Ort±Ss	-1,39±0,70	-1,49±0,66	-1,34±0,77	-1,36±0,69	^b 0,667
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	-2-1 (-1)	-2-1 (-1)	-1-1 (-1)	-2-1 (-1)	$\chi^2=1,267$
	Ort±Ss	-0,52±0,74	-0,63±0,73	-0,51±0,70	-0,46±0,79	^b 0,531
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	0-3 (1)	0-3 (1)	0-2 (1)	0-3 (1)	$\chi^2=13,244$
	Ort±Ss	0,93±0,72	1,00±0,72	0,57±0,61	1,06±0,71	^b 0,001**
	Test Değeri	$\chi^2=197,297$	$\chi^2=63,762$	$\chi^2=50,397$	$\chi^2=83,427$	
	p	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	
	1. – 2. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	

^bKruskal Wallis Test^cFriedman Test^dWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 4-16'da gebelerin aktif fazda fetal başın inişine ilişkin karşılaştırmalarına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1. ve 2. fetal başın iniş ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05). Diğer taraftan gebelerin 3. fetal başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U test sonuçlarına göre; nefes farkındalığı grubu gebelerin 3. fetal başın iniş değeri, EFT ve kontrol grubu olgulara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı (p=0,001; p=0,002; p<0,01).

Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. fetal başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. fetal başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. fetal başın iniş ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. fetal başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. fetal başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. fetal başın iniş ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. ölçüm fetal başın iniş ölçümündeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. fetal başın iniş ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm fetal başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. ölçüm fetal başın iniş ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. fetal başın iniş ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-16).

Tablo 4-17: Gebelerin Latent Fazda Uterin Kontraksiyon Sayısına İlişkin Karşılaştırmaları

Kontraksiyon Sayısı (15 dakikada)	Gruplar				p	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	1-3 (2)	1-3 (2)	1-3 (2)	1-3 (2)	$\chi^2=0,311$
	Ort±Ss	2,13±0,70	2,14±0,69	2,09±0,66	2,16±0,74	^b 0,856
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	2-5 (3)	2-5 (3)	2-5 (3)	2-5 (3)	$\chi^2=0,668$
	Ort±Ss	2,97±0,70	2,97±0,62	2,89±0,68	3,02±0,77	^b 0,716
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	2-5 (3)	2-5 (3)	2-5 (3)	2-5 (3)	$\chi^2=4,747$
	Ort±Ss	3,32±0,65	3,17±0,62	3,29±0,57	3,46±0,71	^b 0,093
Test Değeri	$\chi^2=178,541$	$\chi^2=49,523$	$\chi^2=53,262$	$\chi^2=76,765$		
p	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**		
1. – 2. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**		
1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**		
2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,020*	^d 0,001**	^d 0,001**		
^b Kruskal Wallis Test	^c Friedman Test	^d Wilcoxon Signed Ranks Test				
*p<0,05	**p<0,01					

Tablo 4-17’de gebelerin latent fazda kontraksiyon sayısına ilişkin karşılaştırmalarına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed

Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı olarak görüldü ($p=0,020$; $p<0,05$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-17).

Tablo 4-18: Gebelerin Aktif Fazda Uterin Kontraksiyon Sayısına İlişkin Karşılaştırmaları

Kontraksiyon Sayısı (15 dakikada)	Gruplar				P	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	2-6 (4)	2-6 (4)	2-6 (4)	3-6 (4)	$\chi^2=2,221$
	Ort±Ss	3,92±0,74	3,94±0,77	3,77±0,77	4,00±0,70	^b 0,329
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	3-6 (4)	3-6 (4)	4-6 (4)	4-6 (5)	$\chi^2=4,443$
	Ort±Ss	4,53±0,72	4,43±0,74	4,40±0,65	4,68±0,74	^b 0,108
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	4-6 (5)	4-6 (5)	4-6 (5)	4-6 (5)	$\chi^2=0,621$
	Ort±Ss	5,12±0,62	5,11±0,63	5,06±0,59	5,16±0,65	^b 0,733
	Test Değeri	$\chi^2=131,263$	$\chi^2=44,720$	$\chi^2=38,527$	$\chi^2=48,986$	
	p	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	^c 0,001**	
	1. – 2. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	
	2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	^d 0,001**	

^bKruskal Wallis Test^cFriedman Test^dWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 4-18'de gebelerin aktif fazda uterin kontraksiyon sayısına ilişkin karşılaştırmaları incelendi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü (p>0,05). Araştırmaya katılan tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p=0,001; p<0,01).

Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artışta istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 2. ve 3. ölçüm kontraksiyon sayısı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde 2. ölçüme göre 3. kontraksiyon sayısı ölçümündeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-18).

Tablo 4-19: Gebelerin Latent Fazda Çocuk Kalp Sesleri (ÇKS) Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

	ÇKS	Gruplar				P
		Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	130-150 (140)	130-150 (140)	130-150 (140)	130-150 (140)	$\chi^2=1,873$
	Ort±Ss	139,72±4,55	138,69±4,77	140,06±4,19	140,22±4,61	^b 0,392
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	129-150 (140)	129-150 (141)	129-150 (140)	129-150 (138)	$\chi^2=0,131$
	Ort±Ss	139,15±6,89	139,11±6,42	139,46±7,01	138,96±7,24	^b 0,937
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	130-149 (143,5)	130-149 (141)	130-149 (141)	130-149 (144)	$\chi^2=1,420$
	Ort±Ss	141,75±4,52	141,11±4,87	141,60±4,25	142,30±4,47	^b 0,492
	Test Değeri	$\chi^2=10,280$	$\chi^2=2,419$	$\chi^2=1,742$	$\chi^2=7,560$	
	p	^c 0,006**	^c 0,298	^c 0,419	^c 0,023*	
	1. – 2. Ölçüm	^d 0,432	-	-	^d 0,208	
	1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	-	-	^d 0,012*	
	2. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	-	-	^d 0,009**	

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

**p<0,01

Gebelerin latent fazda ÇKS ölçümüne ilişkin karşılaştırmaları Tablo 4-19'da görülmektedir.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05). Araştırmaya katılan tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (p=0,006; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. ÇKS ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p=0,001; p<0,01).

EFT ve NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,023; p<0,05). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. ÇKS ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,012; p=0,009; p<0,05) (Tablo 4-19).

Tablo 4-20: Gebelerin Aktif Fazda Çocuk Kalp Sesleri (ÇKS) Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

ÇKS	Gruplar				P	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	130-150 (145)	130-150 (145)	130-150 (145)	130-150 (145)	$\chi^2=0,376$
	Ort±Ss	143,19±5,91	142,97±6,05	142,66±6,16	143,72±5,71	^b 0,829
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	132-149 (141)	135-149 (143)	132-148 (141)	132-149 (142)	$\chi^2=4,394$
	Ort±Ss	141,82±4,20	142,54±4,11	140,51±4,30	142,24±4,07	^b 0,111
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	128-153 (140)	128-153 (140)	128-150 (140)	128-153 (140)	$\chi^2=1,099$
	Ort±Ss	139,69±6,56	138,74±6,54	140,11±6,52	140,06±6,68	^b 0,577
Test Değeri	$\chi^2=16,403$	$\chi^2=6,934$	$\chi^2=5,015$	$\chi^2=9,183$		
p	^c 0,001**	^c 0,031*	^c 0,081	^c 0,010*		
1. – 2. Ölçüm	^d 0,009**	^d 0,411	-	^d 0,124		
1. – 3. Ölçüm	^d 0,001**	^d 0,022*	-	^d 0,004**		
2. – 3. Ölçüm	^d 0,012*	^d 0,010*	-	^d 0,071		

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

^dWilcoxon Signed Ranks Test

*p<0,05

**p<0,01

Gebelerin aktif fazda çocuk kalp sesleri (ÇKS) ölçümüne ilişkin karşılaştırmalarına Tablo 4-20’de yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. ÇKS ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001; p=0,012; p<0,05). Aynı şekilde 1. ölçüme göre 2. ölçüm ÇKS ölçümündeki düşüş de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p=0,009; p<0,01).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p=0,031$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. ÇKS ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,022$; $p=0,010$; $p<0,05$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmeydi ($p>0,05$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ölçüme göre 3. ÇKS ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 4-20).

Tablo 4-21: Gebelerin Latent Fazda Amnion Zarı Değerlendirmesi

Amnion Zarı Değerlendirme		Gruplar				P
		Toplam	EFT	NF	Kontrol	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1. Değerlendirme	Açık	83 (69,2)	26 (74,3)	25 (71,4)	32 (64,0)	$\chi^2=1,140$
	Kapalı	37 (30,8)	9 (25,7)	10 (28,6)	18 (36,0)	^e 0,566
2. Değerlendirme	Açık	111 (92,5)	31 (88,6)	35 (100,0)	45 (90,0)	$\chi^2=4,518$
	Kapalı	9 (7,5)	4 (11,4)	0 (0,0)	5 (10,0)	^f 0,126
3. Değerlendirme	Açık	120 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)	50 (100,0)	-
	Kapalı	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

^ePearson Chi-Square Test

^fFisher Freeman Halton Test

Tablo 4-21’de gebelerin latent fazda amnion zarı değerlendirmesine yer verildi.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre 1. ve 2. değerlendirmelerinde amnion zarı durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$). Birinci değerlendirmede, EFT grubunun %74,3’ünün, NF grubunun %71,4’ünün, Kontrol grubunun da %64’ünün amnion zarının açılmış olduğu saptandı. İkinci değerlendirmede ise araştırmaya katılan tüm gebelerin %92,5’inin amnion zarının açılmış olduğu tespit edildi (Tablo 4-21).

Tablo 4-22: Gebelerin Latent Fazda Sistolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Sistolik Kan Basıncı		Toplam (n=120)	Gruplar			p
			EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	92-130 (120)	92-130 (120)	100-130 (120)	100-130 (120)	$\chi^2=0,697$
	Ort±Ss	116,91±8,32	116,91±8,98	117,60±7,33	116,42±8,62	^b 0,706
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	100-135 (115)	100-135 (118)	100-135 (118)	100-120 (110)	$\chi^2=3,220$
	Ort±Ss	114,79±6,44	116,06±7,22	115,51±6,36	113,40±5,75	^b 0,200
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	100-130 (120)	100-130 (120)	100-130 (115)	100-125 (115)	$\chi^2=3,335$
	Ort±Ss	115,88±7,13	117,80±7,94	115,51±7,36	114,78±6,18	^b 0,189
Test Değeri		$\chi^2=5,507$	$\chi^2=1,446$	$\chi^2=1,271$	$\chi^2=5,167$	
p		^c 0,064	^c 0,485	^c 0,530	^c 0,076	

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

Araştırmaya katılan gebelerin latent fazda sistolik kan basıncı ölçümüne ilişkin karşılaştırmaların dağılımı Tablo 4-22’de verildi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Araştırmaya katılan tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-22).

Tablo 4-23: Gebelerin Aktif Fazda Sistolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Sistolik Kan Basıncı	Toplam (n=120)	Gruplar			P	
		EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	95-132 (118)	95-132 (120)	100-130 (120)	100-130 (110,50)	$\chi^2=2,796$
	Ort±Ss	115,80±8,18	117,14±10,11	116,43±8,21	114,42±6,43	^b 0,247
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	93-133 (120)	93-133 (115)	110-133 (120)	100-130 (120)	$\chi^2=0,284$
	Ort±Ss	117,11±7,88	116,80±8,21	117,97±7,26	116,72±8,16	^b 0,868
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	95-130 (120)	95-130 (110)	108-130 (120)	100-130 (120)	$\chi^2=3,745$
	Ort±Ss	115,90±8,41	113,17±9,27	117,51±6,87	116,68±8,47	^b 0,154
Test Değeri	$\chi^2=3,201$	$\chi^2=8,263$	$\chi^2=0,500$	$\chi^2=1,806$		
p	^c 0,202	^c 0,016*	^c 0,779	^c 0,405		
1. – 2. Ölçüm	-	^d 0,674	-	-		
1. – 3. Ölçüm	-	^d 0,035*	-	-		
2. – 3. Ölçüm	-	^d 0,007**	-	-		
^b Kruskal Wallis Test	^c Friedman Test	^d Wilcoxon Signed Ranks Test				
*p<0,05	**p<0,01					

Tablo 4-23'te gebelerin aktif fazda sistolik kan basıncı ölçümüne ilişkin karşılaştırmalarına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,016$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. sistolik kan basıncı ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,035$; $p=0,007$; $p<0,05$).

NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-23).

Tablo 4-24: Gebelerin Latent Fazda Diastolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Diastolik Kan Basıncı		Toplam (n=120)	Gruplar			P
			EFT (n=35)	Nefes Farkındalığı (n=35)	Kontrol (n=50)	
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	50-81 (70)	50-81 (70)	60-80 (70)	50-80 (70)	$\chi^2=1,855$
	Ort±Ss	67,73±6,84	66,46±7,59	69,00±5,26	67,74±7,22	^b 0,395
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	55-80 (70)	55-78 (70)	55-80 (70)	55-80 (70)	$\chi^2=1,213$
	Ort±Ss	67,91±4,88	68,11±4,36	68,34±5,02	67,46±5,16	^b 0,545
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	58-80 (70)	58-80 (70)	60-80 (70)	60-80 (70)	$\chi^2=3,499$
	Ort±Ss	68,81±6,26	70,20±6,48	67,17±5,80	68,98±6,28	^b 0,174
Test Değeri		$\chi^2=1,941$	$\chi^2=6,470$	$\chi^2=1,382$	$\chi^2=0,853$	
p		^c 0,379	^c 0,039*	^c 0,501	^c 0,653	
1. – 2. Ölçüm		-	^d 0,243	-	-	
1. – 3. Ölçüm		-	^d 0,064	-	-	
2. – 3. Ölçüm		-	^d 0,043*	-	-	
^b Kruskal Wallis Test		^c Friedman Test		^d Wilcoxon	Signed Ranks	Test
*p<0,05						

Tablo 4-24'te gebelerin latent diastolik kan basıncı ölçümüne ilişkin karşılaştırmalarına yer verildi.

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05). Tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,039; p<0,05). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 2. ölçüme göre 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,043; p<0,05). NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ölçüm diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05) (Tablo 4-24).

Tablo 4-25: Gebelerin Aktif Fazda Diastolik Kan Basıncı Ölçümüne İlişkin Karşılaştırmaları

Diastolik Kan Basıncı	Gruplar				p	
	Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)		
1. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	55-88 (70)	60-81 (70)	55-88 (70)	55-80 (70)	$\chi^2=2,233$
	Ort±Ss	68,75±6,06	70,40±7,16	68,40±6,19	67,84±4,91	^b 0,327
2. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	50-85 (70)	50-80 (68)	60-85 (70)	50-80 (70)	$\chi^2=3,482$
	Ort±Ss	67,73±6,65	66,46±7,54	69,54±5,16	67,34±6,78	^b 0,175
3. Ölçüm	Min-Maks (Medyan)	50-80 (70)	55-80 (60)	55-80 (70)	50-80 (70)	$\chi^2=2,445$
	Ort±Ss	67,44±7,30	65,94±8,39	68,63±6,54	67,66±6,93	^b 0,295
Test Değeri	$\chi^2=0,853$	$\chi^2=4,743$	$\chi^2=1,736$	$\chi^2=0,352$		
p	^c 0,653	^c 0,093	^c 0,420	^c 0,839		

^bKruskal Wallis Test

^cFriedman Test

Tablo 4-25'te gebelerin aktif fazda diastolik kan basıncı ölçümüne ilişkin karşılaştırmaları gösterildi

Gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Araştırmaya katılan tüm gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). NF grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-25).

Tablo 4-26: Grupların Doğum Süresi, Fundal Basınç ve Perineal Yırtık Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

		Gruplar				p
		Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
Doğum Süresi (dk)	Min-Maks (Medyan)	5-25 (13,5)	5-25 (12)	5-20 (15)	5-25 (13,5)	$\chi^2=1,401$
	Ort±Ss	13,44±4,31	12,97±4,70	13,77±3,61	13,54±4,53	^b 0,496
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Fundal Basınç	Yapıldı	57 (47,5)	19 (54,3)	16 (45,7)	22 (44,0)	$\chi^2=0,937$
	Yapılmadı	63 (52,5)	16 (45,7)	19 (54,3)	28 (56,0)	^e 0,626
Perineal Yırtık	Var	15 (12,5)	5 (14,3)	3 (8,6)	7 (14,0)	$\chi^2=0,723$
	Yok	105 (87,5)	30 (85,7)	32 (91,4)	43 (86,0)	^f 0,779

^bKruskal Wallis Test

^ePearson Chi-Square Test

^fFisher Freeman Halton Test

Gebelerin doğum süresi, fundal basınç ve perineal yırtık durumlarına ilişkin verilerin dağılımı Tablo 4-26'da yer verildi.

Gruplara göre gebelerin doğum sürelerinin dağılımları, gebelere fundal basınç uygulama oranları ve gebelerde perineal yırtık görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-26).

Tablo 4-27: Gruplara Göre Yenidoğana İlişkin Özelliklerin Dağılımı

		Gruplar				P
		Toplam (n=120)	EFT (n=35)	NF (n=35)	Kontrol (n=50)	
Yenidoğanın Kilosu (gr)	Min-Maks (Medyan)	2510-4100 (3120)	2520-3950 (3150)	2510-4100 (3100)	2510-3950 (3105)	F=0,353
	Ort±Ss	3148,83±294,13	3184,00±318,84	3137,43±317,52	3132,20±261,43	^b 0,704
Yenidoğanın Boy (cm)	Min-Maks (Medyan)	47-52 (50)	47-52 (50)	47-52 (50)	47-52 (49)	F=0,970
	Ort±Ss	49,37±1,53	49,57±1,58	49,49±1,56	49,14±1,47	^b 0,382
Yenidoğanın Baş Çevresi (cm)	Min-Maks (Medyan)	32-37 (34)	32-36 (35)	32-37 (34)	32-36 (34)	F=0,961
	Ort±Ss	34,32±1,13	34,49±1,04	34,40±1,17	34,16±1,15	^b 0,385
Apgar skoru 1. dk	Min-Maks (Medyan)	7-9 (8)	8-8 (8)	8-9 (8)	7-9 (8)	$\chi^2=0,804$
	Ort±Ss	8,01±0,16	8,00±0,00	8,03±0,17	8,00±0,20	^b 0,669
Apgar skoru 5. dk	Min-Maks (Medyan)	9-10 (9)	9-9 (9)	9-10 (9)	9-10 (9)	$\chi^2=0,922$
	Ort±Ss	9,02±0,13	9,00±0,00	9,03±0,17	9,02±0,14	^b 0,631
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Doğum Sonu Hemen Emzirme	Evet	56 (46,7)	20 (57,1)	15 (42,9)	21 (42,0)	$\chi^2=2,185$
	Hayır	64 (53,3)	15 (42,9)	20 (57,1)	29 (58,0)	^e 0,335
Ten Tene Temas	Yapıldı	114 (95,0)	33 (94,3)	33 (94,3)	48 (96,0)	$\chi^2=0,445$
	Yapılmadı	6 (5,0)	2 (5,7)	2 (5,7)	2 (4,0)	^f 1,000

^bKruskal Wallis Test^ePearson Chi-Square Test^fFisher Freeman Halton Test^bOneway Anova Test

Tablo 4-27’de gruplara göre yenidoğana ilişkin özelliklerin dağılımına yer verildi.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplarına göre yenidoğanın doğum ağırlıkları, boy uzunlukları, baş çevresi ölçümleri, Apgar skoru 1. dk ve 5. dk ölçümleri, doğumun sonrası emzirme durumu ve ten tene temas yapılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-27).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, doğum korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniği ve nefes farkındalığı çalışmalarının etkinliğinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıdaki başlıklar halinde tartışılmaktadır:

5.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Tartışılması,

5.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması,

5.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalara İlişkin Görüşlerine Dair Bulguların Tartışılması,

5.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguların Tartışılması.

5.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Gebeliğe İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı ve gebeliğe ilişkin özelliklerinin tartışılmasına yer verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin yaşları 20 ile 38 arasında değişmekte olup, ortalama 27,3'tür. Gebelerin gruplara göre yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu ve sosyal güvence dağılımlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-1). Akbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 27, Çulha ve arkadaşlarının çalışmasında 27,8, Buran'ın çalışmasında 30,9 olarak tespit edilmiştir (Akbaş ve ark. 2008; Çulha ve ark. 2010; Buran 2015). Sağlık Bakanlığı'nın sağlık istatistikleri yıllığında 25-29 anne yaş grubuna göre doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %31,35 olarak tespit edilmesi bu araştırmaya katılan gebelerin yaşlarıyla benzerlik göstermektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015).

Araştırmaya katılan gebelerin %0,8'inin eğitim durumunun ilkokul, %20,9'unun ortaokul-lise, %70,8'inin üniversite ve %7,5'inin lisansüstü olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde eşlerinin %1,7'sinin eğitim durumunun ilkokul, %20'sinin ortaokul-lise, %77,5'inin üniversite ve %0,8'inin lisansüstü olduğu gözlenmiştir. Gebelerin %98,3'ünün sosyal güvencesi olduğu gözlenirken, %1,7'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Ayrıca %49,2'si çalıştığını, %50,8'i çalışmadığını belirtmiştir. Aynı şekilde olguların %99,2'si eşinin çalıştığını, %0,8'i ise çalışmadığını belirtmiştir. Ailenin %1,7'si gelirinin giderinden az olduğunu belirtirken, %71,7'si gelirinin giderine denk olduğunu ve %26,7'si gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-1). Bu bağlamda araştırma örnekleminin yüksek sosyoekonomik düzeyde toplum kesiminden gebelerle yürütüldüğü söylenebilmektedir. Yapılmış bir başka çalışmada gebelerin yaklaşık yarısı ilkokul mezunu iken, bunu %38 ile ortaöğrenim mezunları, %12,3 ile de üniversite mezunları izlemektedir. Meslek gruplamasında %68,3'ü ev hanımıdır. Gebelerin eşlerinin %50,6'sı ortaöğrenim mezunudur. Üniversite mezunu olma, gebelerde ve eşlerinde aynı oranda (%12,3) bulunmuştur. Gebelerin %48,8'i orta gelir düzeyindedir. Gebelerin %88'inin herhangi bir sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur ve çalışmanın yürütüldüğü gebeleri %37,2'sinin orta sosyoekonomik düzey bölgede yaşadıkları saptanmıştır (Özkan ve ark. 2009).

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sürecinde ortalama 15,33 kilo aldıkları saptanmış olup, gebelerin ortalama 76,63 kg olduğu saptanmıştır (Tanlo 4-2). Çulha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin gebelik haftasına göre kilo alımının

%60,2'sinin normal, %39,8'inin ise fazla olduğu bildirilmiştir. Gebelerin %58,3'ünün normal kiloda olduğu gözlenirken, %38,3'ünün fazla kilolu ve %3,3'ünün obez olduğu gözlenmiştir. Gümüş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %73,3'ü normal, %53,1'i fazla kilolu, %5,77'si de obez olduğu saptanmıştır (Gümüş ve ark. 2010). Madan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebelerin %23'ünün obez, %5'inin aşırı obez olduğunu ve gebelerin yaş ve paritesi arttıkça BKİ'nin arttığını bildirmiştir (Madan ve ark. 2010).

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süreleri 1 ile 13 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 2,77 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 4-2). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %70,6'sı 1-5 yıllık evli olup, evlilik yıl ortalaması 4,45 olduğu, Karabulutlu'nun çalışmasında ise gebelerin %42,8'inin 11 yıldan fazla süredir evli olduğu, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ise evlilik yıl ortalaması 4,45 olarak bildirilmiştir. Akbaş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gebelerin %44,2'sinin 6 yıldan fazla süredir evli olduğunu ve evliliğin süresi arttıkça özellikle depresyon belirtilerinin de arttığını saptamışlardır (Akbaş ve ark. 2008; Özkan ve ark. 2009; Karabulutlu 2012).

Araştırmadaki gebelerin gruplara göre gebelik sayısı ve düşük sayısı, gebelik haftaları, gebelikte alınan kilo, planlı gebelik varlığı ve gebelik şekli, gebelik boyunca sağlık sorunu yaşama, kontrole gitme sayıları, doğum yapan birini görme, kendilerinin doğumu durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4-2). Bu durum grupların homojen olarak dağılım gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin 35. ve 42. gestasyonel hafta arasında olduğu saptanmıştır. Literatürde aktarıldığına göre; gebeliğin üçüncü trimesterinde doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler, korkular ön plana çıkmaktadır (Kuğu ve Akyüz 2001; Çiçek ve Mete 2015; Şen ve ark. 2015). Bu bağlamda son trimesterde olan gebeler araştırmanın örnekleme alınmıştır.

Araştırma sırasında gebelerin %90,8'inin 1 kez gebe kaldığı gözlenirken, %8,3'ünün 2. kez ve 3. kez gebe kaldığı fakat hepsinin ilk canlı doğumu olduğu saptanmıştır (Tablo 4-2). Yiğit ve arkadaşlarının yaptığı araştırma kapsamına da ilk doğumunu yapan kadınlar alındığından %86,7'sinin ilk gebeliği doğumla sonuçlanmıştır (Yiğit ve ark. 2005). Başka bir çalışmada gebelerin %53'ünün ilk gebeliği, %28,1'inin ise ikinci gebeliğinde bulunduğu ve kadınların %56,3'ünün hiç canlı doğum yapmadığı saptanmıştır (Özkan ve ark. 2009). Alehagen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada primipar gebelerin multipar gebelerden daha fazla korktuğu bildirilmiştir (Alehagen ve

ark. 2001). Bu araştırma doğum korkusu olan gebelerin korkularıyla başetmelerine yardımcı olabilmek amacıyla planlandığı için ve literatüre bakıldığında özellikle nulliparların multiparlardan daha fazla doğum korkusu yaşadığının tespit edilmesiyle nedeniyle araştırma örneklemini ilk canlı doğumu olan gebeler oluşturdu (Jokić-Begić ve ark. 2014; Ternström ve ark. 2015).

Araştırmadaki gebelerin %90'ında abortus deneyimlemediği, %9,2'sinde 1 kez ve %0,8'inde 2 kez abortus deneyimlediği saptandı (Tablo 4-2). Akbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada abortus oranı %28, Akdolun Balkaya ve arkadaşlarının çalışmasında %27,4, Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında da %18 olarak tespit edilmiştir (Akbaş ve ark. 2008; Şahin ve ark. 2009; Akdolun Balkaya ve ark. 2014). Bu araştırmada literatüre göre abortus oranının düşük olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan gebelerin %88,3'ü gebeliğinin planlı olduğunu belirtirken, %11,7'si plansız olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-2). Yiğit ve arkadaşlarının çalışmasına katılan gebelerin %96,7'si, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasındaki gebelerin %76,3'ü, Akbaş ve arkadaşlarının çalışmasındaki gebelerin %75'i, Ersoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %76,8'inin, Sözeri ve arkadaşlarının çalışmasındaki gebelerin de %79,3'ü planlı ve isteyerek gebelik yaşamakta olduğunu bildirmiştir (Yiğit ve ark. 2005; Sözeri ve ark. 2006; Akbaş ve ark. 2008; Özkan ve ark. 2009; Ersoy ve ark. 2015). Gebeliğin planlı gerçekleşmesinde kadının eğitim düzeyinin rolü önemli bir faktördür, bu araştırmanın örneklemindeki gebelerin eğitiminin iyi düzeyde olmasının sonuçları desteklediği göze çarpmaktadır. Aynı zamanda bir çalışmada gebelerin paritesinin gebeliğin planlı veya plansız olmasına etkisi incelendiğinde, nullipar hastalarda planlı gebelik oranının, multipar hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Ersoy ve ark. 2015) ve bu sonuçlar aynı şekilde bu araştırmayı da desteklemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %12,5'i gebelik boyunca sağlık sorunu yaşadığını ve bunların %20'sinin anemi, %60'ının diyabet, %6,7'sinin enfeksiyon ve %13,3'ünün tiroid sorunu yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4-2). Göker ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif inceleme sonucuna göre anemi prevalansının %32,1 olduğu saptanmıştır (Göker ve ark. 2012). Yapılan bir araştırmada anemi prevalansı üçüncü trimesterde olan kadınlarda (%42,5), birinci ve ikinci trimesterden daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (Al-Mehaisen ve ark. 2011). Maternal kan değerindeki değişiklikler gebelikteki fizyolojik değişikliklerden biridir. Gebelik döneminde görülen anemide

nütrisyonel faktörlerin katkısıyla beraber hemodilüsyonun rolü önemlidir. Anemi gebeliğin her döneminde ortaya çıkabilmektedir fakat dilüsyonel anemi daha çok ikinci trimesterde görülmektedir (Dündar ve ark. 2010). Bu araştırmada gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) oranı %7,2 olarak saptanmıştır. Özyurt ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %9,2, Gürel ve arkadaşlarının çalışmasında da %11,4 olarak saptanmıştır (Gürel ve ark. 2009; Özyurt ve ark. 2013). GDM için belirlenmiş risk faktörleri yaşı 25 veya 30 üzerinde olması, vücut-kütle indeksi, etnik köken (siyah ırkta daha fazla), birinci derece akrabalarında diyabet öyküsünün olması ve daha önceki gebeliğinde GDM öyküsü olmasıdır (Özyurt ve ark. 2013). Bu araştırmaya katılan gebelerin yaşlarının ortalama 27 olması GDM oranının diğer çalışmalardan düşük olmasının beklenen bir sonuç olduğunu düşündürmekte ve Güdücü ve arkadaşlarının da 25 yaşından küçük gebelerde GDM sıklığını %7 olarak saptamasını desteklemektedir (Güdücü ve ark. 2013). Bu araştırmada gebelikte tiroid sorunları yaşayanların oranı %1,6 olarak saptanmıştır. Seven ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %7,72'si hipertiroidik, %2,3'i hipotiroidik, Kabaca ve arkadaşları ise çalışmasındaki gebelerin %19,4'ü subklinik hipotiroidik ve %5,2 'si subklinik hipertiroidik olduğunu olarak saptamıştır (Seven ve ark. 2016; Kabaca ve ark. 2016). Gebelik sürecinde yaşanan tiroid bozuklukları preeklampsi, spontan düşük, gestasyonel hipertansiyon ve diyabet gibi çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır (Männistö ve ark. 2013).

Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğum öncesi kontrole gittiğini belirtmiştir. Kontrole gitme sayısı 5 ile 17 kez arasında değişmekte olup, ortalama 10,35 kez olarak saptandı (Tablo 4-2). Sözeri ve arkadaşlarının %76,8'i, Turan ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %77,1'inin düzenli kontrole gittiği ve bunların %38,6'sı 10 kez ve üzeri kontrole gittiği saptanmıştır (Sözeri ve ark. 2006; Turan ve ark. 2008). Literatüre bakıldığında tüm dünyadaki gebe kadınların ortalama %70'i gebelikleri boyunca en az bir defa bir sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en az bir defa izlem alan gebe oranı %98 iken, az gelişmiş ülkelerde %65'tir (Sönmez 2007). Herhangi bir komplikasyon olmayan gebeliklerde doğum öncesi kontroller 28. gebelik haftasına kadar ayda 1 defa, 28-36. haftalar arasında 15 günde 1 defa, sonrasında ise doğuma kadar her hafta yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiğine göre; her gebenin gebeliğin saptanmasından itibaren en az 6 defa izlenmesi hedef alınmıştır (Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014). Sağlık İstatistikleri

Yıllığı'nın verilerine göre Türkiye'de antenatal bakım alma oranı 2002'de %70 iken, 2015 yılında %98'e varmıştır ve dünyadaki oranı ise %83'tür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015). Bu araştırmanın sonuçlarının ülkemizin sonuçları ile örtüşmesi verilerin genellenebilir olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %15'i daha önce doğum yapan birini gördüğünü belirtmiştir. Doğum yapan birini gören olguların %11,1'i bir yakınının doğumuna girdiğini, %88,9'u ise internetten izlediğini belirtmiştir (Tablo 4-2). Coşar ve Demirci'nin çalışmasındaki hem deney (% 85,7), hem de kontrol grubunda (% 97,1) gebelerin büyük bir çoğunluğu daha önce doğum yapan birini görmediklerini ifade etmişlerdir. Doğum hakkında bilgilenmeden ve hazırlanmadan doğuma şahit olma gebelerde doğuma ilişkin önyargı ve bilinçaltı düşüncelerin etkilenmesine sebep olabilmektedir (Coşar ve Demirci 2012).

Araştırmaya katılan gebelerin %4,2'si gebelikte doğuma hazırlık eğitimi aldığını belirtirken, %95,8'i eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim alan olguların %60'ı eğitimi ebeden, %40'ı hemşireden aldığını belirtmiştir (Tablo 4-2). İsbir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin normal doğum oranının ve doğumdan memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu, doğumda müdahalelerin ve epizyotomi uygulamasının daha az olduğu saptanmıştır (İsbir ve ark. 2015). Bir başka çalışmada da doğuma hazırlık sınıflarına katılanların %73,3'ünün, katılmayanların %60,6'sının bebeklerini olumlu şekilde algıladıkları tespit edilmiştir (Şeker ve Sevil 2015). Yapılmış bir literatür derlemesinde çalışmaların büyük çoğunluğunda, doğuma hazırlık eğitimlerine katılan gebelerin, gebelik dönemini daha rahat geçirdikleri, doğum eylemini daha olumlu algıladıkları, doğum sonrası emzirmelerinin daha başarılı olduğu ortaya çıkarılmıştır (Okumuş ve ark. 2015). İranlı kadınlarda perinatal eğitimin etkilerinin değerlendirildiği çalışmada, eğitim ve destekleyici görüşmelerin doğum ve bilinmeyen çevre korkusunu azalttığı ve kadınların eğitimde doğum ağrısı ve baş etme mekanizmalarını öğrendiği belirtilmiştir (Fabian ve ark. 2004). Artieta-Pinedo ve arkadaşları tarafından antenatal eğitimin doğum sürecine faydalarının değerlendirildiği çalışma sonuçlarına göre antenatal eğitim sınıfına katılan kadınların doğum sırasında daha az anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir (Artieta-Pinedo ve ark. 2010). Karabulut ve arkadaşları gebelere verilen antenatal eğitimin sonrasında gebeliğin kabulünün arttığını, doğum korkusunun azaldığını fakat eğitim öncesine göre annelik rolünün tanımlanmasında değişiklik olmadığını belirlemiştir (Karabulut ve ark. 2016).

Araştırmaya katılan gebelerin tamamının annesinin normal doğum yapmış olup, sadece %1,7'si doğumunun çok zor olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-2). Araştırmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğunu 20'li yaşlarda olduğu göz önünde bulundurularak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993 ve 1998 yıllarındaki sezaryen oranları incelendiğinde, oranların %7 ve %14 arasında olduğu görülmekte ve annelerin tamamının normal doğum yapmış olması muhtemel bir sonuçtur (TNSA 2008).

Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğumdan korkmaktadır fakat korku düzeyleri arasında farklılıklar mevcuttur (Tablo 4-2). Gebelerin %70'i çok fazla ağrı yaşamaktan, %31,7'si doğumun nasıl olacağını bilmediğinden, %28,3'ü doğum yapamayacağından, %20'si doğumda bebeğinin zarar görmesinden, %19,2'si doğum kanalında yırtılma olmasından, %12,5'i sezaryen doğumun gerekli olmasından, %9,2'si kontrol kaybı yaşamaktan, %8,3'ü doğum anında panik yaşamaktan, %5,8'i genital bölgede estetik kaygısı olduğundan ve doğumda kullanılacak aletleri bilmemesinden, %5'i doğumda çaresiz kalmaktan ve %2,5'i bebeğin sağlıklı olmamasından doğum korkusu yaşadığını belirtmiştir. Çalışmalarda doğum korkusu prevalansı kültürel özellikler, gebelik haftası ve doğum korkusunu tespit etme yöntemindeki farklılıklar nedeni ile değişik oranlarda rapor edilse de ortalama %15-20 olarak bildirilmektedir (Fenwick ve ark. 2009; Hall ve ark. 2009). Bir çalışmada, doğum korkusu sıklığı gebelik ortası dönemde %12,4, geç gebelik döneminde %13,5, doğumdan bir yıl sonra ise %15,1 olarak rapor edilmiştir (Hildingsson ve ark. 2011). Doğuma yönelik korkuları ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kadınların; doğum ağrısı, ölüm, panik olma, yanlış bir davranışta bulunarak fetüse veya kendine zarar verme, acilen sezaryen doğuma alınma, kanama, plasenta parçasının içerde kalması, doğum sırasında komplikasyon gelişmesi, bebeğinin zarar görmesi, ölmesi, bebekte kalıcı bir hasar olması ve doğumda perinenin hasar görmesi, epizyotomi, sağlık personelinin yeterince destek olmamasından korktukları saptanmıştır (Ryding ve ark. 1998; Saisto ve ark. 1999; Melender 2002a; Kwee ve ark. 2004; Serçekuş ve Okumuş 2009). Doğuma hazırlık sınıflarına gelen gebelerde yapılmış bir çalışmada gebelerin %50'sinin bebeğine zarar geleceğinden, %40'ının ise ağrıdan korktuğu saptanmıştır (Geissbuehler ve Eberhard 2002). Sezaryen doğumu tercih eden gebelerin ortalama %35'inin doğum ağrısından korktuğu tespit edilmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2008; Yağmur ve Çubuk 2017). Doğum korkusuyla başatma tekniklerinin yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının gebelere öğretip, birlikte uygulaması sezaryen oranlarının düşmesine ve

sezaryenin anne ve bebekte oluşturabileceği etkilerin ortadan kalkmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. Gebelerin Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, çalışmaya katılan gebelerin W-DEQ A versiyonu ve W-DEQ B versiyonu ölçeklerinden aldığı puanların analizine ait bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan toplamları 16 ile 90 arasında değişmekte olup, ortalama $55,28 \pm 15,74$ iç tutarlılığı $\alpha=0,880$ olarak saptanmıştır (Tablo 3-1). Körükçü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada W-DEQ A versiyonunun iç tutarlılığını $\alpha=0,89$ olarak saptamıştır. Aynı zamanda diğer dillerdeki versiyonları ile yapılmış çalışmalarda da iç tutarlılığın 0,91 ve 0,94 arasında değiştiği sonuçlar elde edilmiştir (Wijma ve ark. 1998; Johnson ve Slade 2002; Heimstad ve ark. 2006; Rouhe ve ark. 2013; Mortazavi 2017).

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre istatistiksel analiz sonuçlarında, gebelerin W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubu ortalama $56,40 \pm 16,20$, NF grubu $54,34 \pm 12,84$ ve kontrol grubu $55,16 \pm 17,43$ puan aldığı saptandı (Tablo 4-6). W-DEQ A versiyonu puanlarının sınıflamalarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Wijma ve arkadaşlarının ölçek puan sınıflamasında belirttiğine dayanarak, EFT grubundaki gebelerin %54,3'ünün, NF grubundaki gebelerin %74,3'ünün, genel toplamın da %61,7'sinin orta derecede doğum korkusu olduğu saptandı (Tablo 4-7) (Wijma ve ark. 1998). Finli kadınlarda yapılmış bir çalışmada W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan ortalaması 68,3, Avustralyalı kadınlarda yapılmış bir çalışmada da 49, nullipar gebelerde yapılmış çalışmalarda da ortalama 55 ile 58 puan alındığı saptanmıştır (Zar ve ark. 2001; Rouhe ve ark. 2009; Toohill ve ark. 2014; Haines ve ark. 2015). Trabzon'da yapılmış bir çalışmada W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan ortalaması $63,83 \pm 20,13$ olarak saptanmış ve aynı zamanda gebelerin doğum korkusunun arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir, İstanbul'da yapılmış Coşkuner Potur ve arkadaşlarının çalışmasında da W-DEQ A versiyonu puan ortalaması $65,16 \pm 22,63$ ve doğum korkusunun gebeliğin kabulü ve annelik rolünün

tanımlanması ile zayıf fakat pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Erkaya ve ark. 2017; Coşkun Potur 2017).

Araştırmaya katılan gebelerin W-DEQ B versiyonundan aldıkları puan ortalaması $64,53 \pm 17,71$ iç tutarlılığı $\alpha=0,865$ olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında W-DEQ B versiyonunun iç tutarlılığını Wijma ve arkadaşları $\alpha=0,87$, Körükçü ve arkadaşları $\alpha=0,89$, Mortazavi $\alpha=0,91$, Rouhe ve arkadaşları $\alpha=0,94$, Takegata ve arkadaşları da $\alpha=0,95$ olarak saptamıştır (Wijma ve ark 1998; Körükçü ve ark. 2012; Rouhe ve ark. 2013; Mortazavi 2017; Takegata ve ark. 2017). Japonlarda yapılmış bir çalışmada nullipar gebelerde W-DEQ-B versiyonundan alınan ortalama puan $64,25 \pm 27,42$ olarak saptanmıştır (Takegata ve ark. 2017).

Bu araştırmada W-DEQ B versiyonunun gruplar arasında alt boyutlarının analizinde olumlu davranışların eksikliği, yalnızlık ve doğumla ilgili kaygılar alt boyutlarında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4-8). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; kontrol grubu ortalama puanlarının EFT ve NF gruplarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonucu, kontrol grubuna doğum sürecinde doğum korkusuna yönelik hiçbir destekleyici uygulama ile desteklenmemiş olması açıklayabilir. W-DEQ B versiyonu ve çeşitli anksiyete düzeyini ölçen skalalar kullanılarak yapılmış çalışmalarda da doğum korkusu beklentisi arttıkça anksiyetenin arttığını gösteren sonuçlar mevcuttur (Körükçü ve ark. 2012; Takegata ve ark. 2017). W-DEQ B versiyonu kullanılmış bir çalışmada sağlık çalışanlarının motive ettiği gebelerin doğum korkusu ve depresif sendromların daha düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Doğum korkusunun ve depresif belirtilerin sıklığı doğum sırasındaki ağrı yönetiminden ve kadınların aldığı bakım sürecinden etkilenmektedir (Jha ve ark. 2017). Ayrıca son zamanlarda doğum sonrası deneyimlenen travmatik olayların posttravmatik stres bozukluğu ile ilişkilendirilebileceğine dair çalışmalar da mevcuttur (Alcorn ve ark. 2010; Dikmen-Yildiz ve ark. 2017; Stramrood ve Slade 2017).

5.3. Gebelerin Uygulama Öncesi ve Sonrası SUD Puanlamalarına ve Uygulamalar İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki gebelerin uygulama öncesi ve sonrası SUD puanlamalarının ve uygulamalar ile ilgili görüşlerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD latent faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,010$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; EFT ve NF grubu gebelerin SUD latent faz değeri, kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,009$; $p=0,013$; $p<0,05$). Uygulama sonrasında ise, EFT ve NF grubu gebelerde; uygulama öncesine göre SUD latent faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD aktif faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT ve NF grubu gebelerde; uygulama öncesine göre uygulama sonrası SUD aktif faz değerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD aktif faz değeri, EFT grubu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD geçiş faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; EFT grubu gebelerin SUD geçiş faz değeri, NF ve kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,004$; $p=0,025$; $p<0,05$) (Tablo 4-9).

Araştırmanın istatistiksel sonuçlarına göre her iki deneysel grupta doğum korkusunu belirlemede kullanılan SUD puanlamasında anlamlı düzeylerde düşüş saptandı. Doğum eyleminin aktif fazında NF grubunun EFT grubuna göre daha anlamlı düzeyde SUD puanında düşüş göstermesi NF uygulamasının daha hızlı etki gösterdiğinin bir kanıtı olabilmektedir. Fakat bir sonraki geçiş fazında EFT uygulamasının SUD puanlamasında daha anlamlı olduğu da NF uygulamasına göre doğum korkusunu azaltmada belki NF'na göre yavaş ama kalıcı bir etki bıraktığının bir göstergesidir. EFT uygulaması yaparken stres kaynağı akılda tutulurken akupunktur noktaları tıklanarak uyarılır ve aynı zamanda amigdala uyarını azaltarak deaktive edici sinyaller gönderir. Hipokampus uyarının stres yanıtı oluşmadan güvenli bir şekilde devreye girme durumunu kaydeder ve ilgili stres yanıtını başlatan nöral yollar kalıcı olarak değişir (Rancour 2016). Tahran'da gebelerin algılanan stres düzeyine EFT'nin etkisinin araştırıldığı çalışmada, EFT uygulamanın gebelerin algılanan stresindeki azalma üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonucuna varmıştır (Ghamsari ve Lavasani 2015). Wells ve arkadaşlarının küçük hayvan fobisinin iyileştirilmesinde EFT ve derin nefes uygulamalarını karşılaştırdığı çalışmasında EFT'nin daha etkili olduğu saptanmıştır (Wells ve ark. 2003). Rowe'nin çalışmasında da EFT uygulaması öncesi

ve sonrasında psikolojik stresin tüm bileşenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır (Rowe 2005). Church ve arkadaşları lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinde EFT uygulamasının etkisine baktıklarında EFT uygulanan öğrencilerin depresyon skorlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (Church ve ark. 2012a; Church ve ark. 2012b). Patterson'un hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada da EFT uygulamanın öğrencilerin stres ve anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada açık uçlu sorulan sorularda da özetle öğrenciler stres ve kaygı düzeylerinin azaldığını ifade etmiştir (Patterson 2016).

Bu araştırmada nefes farkındalığının doğum korkusunu azalttığına dair sonuçlar elde edilmesine benzer, yavaş ve derin nefes almanın stresin kontrol edilebildiğini kanıtlayan çalışmalar da mevcuttur ve çalışmalar doğumda nefes farkındalığının desteklenmesi gerektiğini önermektedir (Brown ve ark. 2013; Boaviagem ve ark. 2017). Derin ve yavaş diyafragmatik nefesin matematik problemi çözebilme de etkisine bakıldığında olumlu sonuçlar alınmıştır (Peper ve ark. 2016). Gebelikte yapılan egzersizlerin ve nefes teknikleri annenin konforunda artmayı, doğum sırasında oksijen tüketiminin artmasını ve sağlık ekibinin yönlendirmelerini takip etmesini kolaylaştırmaktadır (Sari ve ark. 2017).

Nefes farkındalığı tekniklerinin etkili bir şekilde doğum korkusunda azalmaya yardımcı olması doğuma yardımcı sağlık ekiplerince gebeyi bu konuda desteklemesinin önemli olduğunu gösterir. Diğer taraftan bakıldığında gebelere doğumun aktif fazında kompleks nefes teknikleri çalıştırmanın normal solunum kaslarının yanı sıra aksesuar kasların da çalışmasını ve gebede yorgunluğa sebep olabileceği tartışılmaktadır. Bu bağlamda nefes farkındalığında kullanılacak nefes tekniğinin dikkatlice seçilmiş olması önemlidir (Boaviagem ve ark. 2017). Gebelerde doğum ağrısını azaltmaya yönelik nefes egzersizi ve tensel uyarım yapılan bir çalışmada da doğumun birinci evresinde ilerleyen fazlar arasında görsel kıyaslama ölçeğinde kontrol grubuna göre farklılık saptanmıştır ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin gebelerin ağrı algısını azalttığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir (Yıldırım ve Sahin 2004).

Araştırmaya katılan grupların bazı demografik verilere göre uygulama öncesi ve sonrası SUD farkları değerlendirildiğinde; yaşı 20-30 olan gebelerde, EFT grubu latent faz farkları ($p=0,003$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,001$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4-10). Genç yaş grubu gebelerde doğum korkusu ile baş etmede uygulanan yöntemlere olumlu

cevabının daha yüksek olması olumsuz etkilere daha uzun süre maruz kalmamış ve korku merkezinde kalıcı etkilenebilirlik yaratmamış olmasıyla açıklanabilir.

Lisans ve üzeri mezun gebelerde, geliri giderine denk olan gebelerde ve çalışan gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,003$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,001$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Elde edilen sonuçlar, eğitim düzeyinin yüksek olması, geliri giderine denk olması ve çalışma durumunun doğum korkusuyla başetmede uygulanan tekniklere katılımı ve uyumu artırdığını göstermektedir.

Normal ve fazla kilolu gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,040$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,003$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Bir çalışmada gebelikte alınan kilo arttıkça doğum korkusunun da arttığı saptanmıştır (Şahin ve ark. 2009). EFT uygulamasının aşırı yemek yeme isteğinde (aşırma) hızlı bir şekilde azaltıcı sonuçların elde edildiği çalışmada da EFT'nin yemek yeme isteğinde azalmaya hızlı ve kalıcı bir etki yarattığı saptanmıştır (Stapleton ve ark. 2011).

Fobisi olmayan gebelerde; EFT grubu latent faz farkları ($p=0,004$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,005$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Fobisi olan gebelerde; EFT grubu geçiş fazı farkları NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,037$; $p<0,05$) (Tablo 4-10). EFT'nin spesifik fobilerde etkili olduğunu ortaya çıkaran çalışmalar mevcuttur (Wells ve ark. 2003; Baker ve Siegel 2010; Salas ve ark. 2011). Bu çalışmalarda katılımcıların fobik yanıtlarının tedaviden önce olduğundan daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan EFT grubundaki gebelerden alınan görüşlere göre; "EFT sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim" ifadesine gebelerin %74,3'ü "evet" cevabını verdi. Uygulamanın tekniği ile ilgili olarak "EFT uygulaması karışık bir teknik" ifadesine gebelerin %42,9'u "hayır" ve %10,8'i "kısmen" cevabını verdi. Gebelerin "EFT sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti" ifadesine %45,7'si "evet" ve %45,7'si "kısmen" cevabını verdi. Gebelerin "EFT uygulamasının hiçbir faydasını görmedim" ifadesine %62,9'u hayır cevabını verdi. "EFT doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu" ifadesine gebelerin %68,6'sı "katıldığını" ifade etti. Gebelerin "EFT uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu" ifadesine %62,9'u "katılmadığını" ifade etti (Tablo 4-11). Bu

sonuçlara göre EFT uygulamasının hem etkinliği hem de tekniği ile ilgili uygulama sırasında ve sonrasında olumlu görüşler elde edildiği belirlenmiştir. EFT uygulanırken her bir turda SUD ile sürekli olarak rahatsızlık duyulan konunun değerlendirilmesi ve dahi iyi hale gelmesi amaçlandığı için kişilerden alınan görüşlerin ve sonuçların olumlu yönde olması beklenen bir sonuçtur. Bu bağlamda EFT uygulamasıyla ilgili yapılmış çalışmaların derlendiği makaleler mevcuttur ve çalışmaların bu araştırmaya benzer sonuçlar ortaya çıkardığı görülmektedir (Boath ve ark. 2012; Feinstein 2012; Rancour 2016; Clond 2016). Patterson'un hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada da EFT'nin öğrencilerin stres ve anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada açık uçlu sorulan sorularda da özetle öğrenciler stres ve kaygı düzeylerinin azaldığını ifade etmiştir (Patterson 2016).

Nefes farkındalığı grubundaki gebelerin “Nefes farkındalığı sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim.” ifadesine %71,4’ü evet, %28,6’sı kısmen cevabını verdi. “Nefes farkındalığı uygulaması karışık bir teknik.” ifadesine gebelerin %85,7’si “hayır” ve %11,4’ü “kısmen” cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti.” ifadesine %48,6’sı “evet” ve %48,6’sı “kısmen” cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı uygulamasının hiçbir faydasını görmedim.” ifadesine %5,7’si “evet”, %62,9’u “hayır” ve %31,4’ü “kısmen” cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu.” ifadesine %31,4’ü “evet”, %68,6’sı “kısmen” cevabını verdi. Gebelerin “Nefes farkındalığı uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu.” ifadesini hiçbir gebe onaylamadığını belirtti (Tablo 4-12). Amerikada bir çalışmada da doğumda ağrı yönetiminde nefes tekniği uygulanmış gebelerin %69’u oldukça yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir (Declercq ve ark. 2003). Diğer taraftan Pugh ve arkadaşları nefes alma tekniklerinin doğum yapan gebeleri yorgun düşürdüğünü ve doğum sürecinin süresinde uzamaya sebep olduğunu savunmaktadır (Pugh ve ark. 1998).

5.4. Gebelerin Doğumun Evrelerine Göre Obstetrik İzlemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde gebelerin innatal dönemde doğumun evrelerine göre bazı değerlendirme kriterlerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Bu araştırmada latent ve aktif fazda servikal dilatasyonda ilerleyişine bakıldığında gruplar arasında farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 4-13, Tablo 4-14). Doğum korkusu olan gebelere yapılmış bu araştırmada, Korkuyu azaltmaya yönelik uygulamaların yapıldığı gruplar ve kontrol grubu arasında farklılığın olmaması beklenen sonucun dışında bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır. Çünkü korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarının azalmasına, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olmaktadır (Alessandra ve Roberta 2013). Özellikle doğumun ikinci evresi uzamaktadır. Yapılmış bir çalışmada; doğum korkusu olan kadınların doğumun birinci fazının 101 dakika, ikinci fazının ise 15 dakika uzadığı, kanama, laserasyon gibi postpartum komplikasyonların görülme oranının doğum korkusu olmayan kadınlara göre fazla olduğu saptanmıştır (Saisto ve ark. 1999).

Araştırma kapsamında gruplara göre gebelerin latent fazda fetal başın iniş ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-15). Diğer taraftan gebelerin geçiş fazında fetal başın iniş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-16). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U test sonuçlarına göre; nefes farkındalığı grubu gebelerin aktif fazda fetal başın iniş değeri, EFT ve kontrol grubu olgulara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,01$) (Tablo 4-15, Tablo 4-16). Bu istatistiksel analiz sonucunda geçiş fazında EFT grubundaki gebelerin nefes farkındalığı grubuna göre fetal baş iniş sürecinin daha iyi ilerleyiş gösterdiği çıkarımı yapılabilir. Akupunktur noktalarının uyarımının endorfin gibi dahili opioidlerin salgılanmasında etkili olduğu çalışmalarda kanıtlanmıştır (Ulett 1992; Cabioğlu ve ark. 2006). Endorfin hem ağrıyı azaltmakta hem de kalp ritmini yavaşlatmaktadır böylece doğum eyleminde Dick-Read'in tanımladığı korku-gerginlik-ağrı siklusunun yaşanmaması sağlanır (Dick-Read 2004).

Bu araştırmada aktif ve latent fazda gruplara göre gebelerin 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-17, Tablo 4-18). Travaydaki gebelere belirli akupresr noktalarına uyarım yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da gruplar arasında uterin kontraksiyonlarda anlamlı bir fark elde edilememiştir (Chung ve ark. 2003). Araştırmanın sonuçlarının literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan EFT ve nefes farkındalığı grubu gebelerde aktif fazda; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,023$; $p<0,05$).

Gebelerde aktif fazda; EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,031$; $p<0,05$). Kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,010$; $p<0,05$). Nefes farkındalığı grubu gebelerde ise; 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-19, Tablo 4-20).

Doğum eyleminin latent fazında EFT ve nefes farkındalığı gruplarında ÇKS'nin bir farklılık göstermeyip ilerleyen fazlardaki gösterdiği değişimler yapılan uygulamalardaki etkinin belli bir süreye ihtiyacı olduğu ve sonrasında oksijenin ve hormonların fetüse kan akımıyla iletilip kalp atımında etki göstermesi sonucuna varılabilir. Fakat ilerleyen süreçlerde EFT ve kontrol gruplarında farklılık saptanıp, nefes farkındalığı grubunda ise farklılık bulunmaması düzenli nefes alışverişlerinin fetal oksijenasyonu stabil hale getirdiğinin göstergesi olabilir. Literatürde yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamakla birlikte bir çalışmada tempolu maternal solunumun ve psikolojik durumda değişikliklerin fetal kalp atım sayısında artışa sebep olduğuna dair sonuçlar mevcuttur (Monk ve ark. 2011).

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre 1. ve 2. değerlendirmelerinde amnion zarının rüptür durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-21). Araştırmaya katılan bütün gebelerin 3 cm servikal dilatasyondan sonra amniyon zarının rüptür olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların çıkmasında araştırma örnekleminin belirlenmesinde preterm eylemde olmaması ve enfeksiyon veya herhangi bir hastalık belirtisinin olmaması kriterlerinin esas alınması rol oynamıştır. Erken membran rüptürü genellikle enfeksiyon varlığı ve preterm eylem durumlarında sık karşılaşılmaktadır. Erken membran rüptürü bir çok problemi beraberinde getirir. Bu problemler arasında en önemli olanlar şöyle sıralanabilir; prematürite, perinatal enfeksiyonlar, oligohidroamnioz ve fetal pulmoner hipoplaziye bağlı meydana gelen perinatal morbidite ve mortalite artışı (Joseph ve ark. 1998).

Araştırmaya katılan gebelerde aktif fazda nefes farkındalığı ve kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubu gebelerde de; 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,016$; $p<0,05$). Fakat farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 1. ve 2. ölçüme göre 3. sistolik kan basıncı ölçümlerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0,035$; $p=0,007$; $p<0,05$). (Tablo 4-23). Araştırma kapsamındaki 0-3 cm servikal dilatasyon ilerleyişinde nefes farkındalığı ve kontrol grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubu gebelerde; 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,039$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Wilcoxon Signed Ranks Test sonuçlarına göre; 2. ölçüme göre 3. diastolik kan basıncı ölçümlerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,043$; $p<0,05$) (Tablo 4-22).

Hissedilen duygusal stres sonucu vazomotor merkez üzerindeki baskılanma azalır ve uyarı çıkışı artar. Beraberinde karotis sinüsü, aort kavsi ve vazomotor merkezlerdeki endotel örtüsünde epigenetik değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler sonrası stres, sempatik sistemdeki uyarı çıkışını çoğaltır. Sempatik sistemde uyarı çıkışının artması ile katekolamin sekresyonu devam eder ve sistemik damar direnci artar. Direnci artmış damarlardaki endotel hücreleri daha çok vazokonstrüktör madde salgılar ve ortaya çıkan vazokonstrüksiyon sonucunda hipertansiyon gelişir (Grassi ve ark. 2008). EFT uygulamasında akupunktur noktaları tıklanarak uyarımlar yapılır. Tıklamaların sonucunda hipotalamustan salınan beta-endorfin Satish'in belirttiğine göre; endotel yüzeyinde yer alan reseptörleri aktive eder ve nitrik asit salgılanır ve bu durum damarlarda vazodilatasyon ile sonuçlanır (Satish 2012). Ayrıca plazmada ve beyin dokusunda, beta endorfin, enkefalin ve serotonin artışlarının sinir sisteminde analjezi, sedasyon ve motor fonksiyonlarda iyileşme de meydana getirmektedir (Cabioğlu ve Ergene 2003). Haker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kişilerin çeşitli akupunktur noktalarında uyarımlar yapılmış ve sempatik ve parasempatik sistemlerinde değişiklik ortaya çıktığı saptanmıştır, en belirgin sonuçlar ise her bir akupunktur seansında diastolik ve sistolik kan basınçlarının düşüş göstermesi olmuştur (Haker ve ark. 2000). Valiee ve arkadaşları EFT uygulamasında mevcut olan bazı akupunktur noktalarına akupresür yaptıkları çalışmada kişilerin anksiyete düzeylerinin yanı sıra sistolik ve diastolik kan basınçlarında düşüş ve plasebo grubu ile aralarında

oldukça anlamlı farklılık saptamışlardır ($p < 0,001$) (Valiee ve ark. 2012). Bu araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Gruplara göre gebelerin doğumun ikinci evre sürelerinin dağılımları, gebelere fundal basınç uygulama oranları ve gebelerde perineal yırtık görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4-26). Araştırmaya katılan gebelerin ikinci evre süresi ortalama $13,44 \pm 4,31$ dakika olarak tespit edilmiştir. Api ve arkadaşlarının nulliparlarda yaptığı çalışmada $23,19 \pm 12,2$ dk., Hotun Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında $17,13 \pm 8,57$ olarak saptanmıştır (Hotun-Şahin ve ark. 2007; Api ve ark. 2009). Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal basınç yapılması maternal ve fetal birçok istenmeyen etkiye sebep olabilmektedir (Api ve ark. 2009). Bu çalışmada gebelere %47,5 oranında fundal basınç uygulandığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bebek doğum ağırlığı artışına bağlı olarak 3 ve 4. derece perine yırtığı oranı artmaktadır (Batallan 2002). Bu çalışmada bebek doğum ağırlığı maksimum 4100 gr olarak tespit edilmiştir ve perineal yırtık görülme oranı %12,5'tir (Tablo 4-27). Bu araştırma yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplarına göre yenidoğanın doğum ağırlıkları, boy uzunlukları, baş çevresi ölçümleri, Apgar skoru 1. dk ve 5. dk ölçümleri, doğumun sonrasında hemen emzirme durumu ve ten tene temas yapılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4-27).

Bu çalışmada EFT grubunda $3184,00 \pm 318,84$ gr, Nefes farkındalığı grubunda $3137,43 \pm 317,52$ gr, kontrol grubunda ise $3132,20 \pm 261,43$ gr olarak tespit edilmiştir ve literatürle benzerlik göstermektedir (Tablo 4-27). Modlock ve arkadaşlarının doğumda akupunktur uyguladıkları gruptaki gebelerin bebekleri ortalama 3765 ± 4029 gr, yine benzer şekilde Torkzahrani ve arkadaşları da $3332 \pm 188,38$ gr olarak saptanmıştır (Modlock ve ark. 2010; Torkzahrani ve ark. 2017).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma gebelerin doğum korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniği ve nefes farkındalığı uygulamalarının etkinliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

Araştırmanın başlangıcında öngörülen hipotezler sınıandı ve uygulamalar sonrası;

1. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniği doğum korkusunu azalttı.
2. Gebelerde nefes farkındalığı uygulaması doğum korkusunu azalttı.
3. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniğinin nefes farkındalığı uygulamasına göre doğum korkusunu azaltmada üstünlüğü vardır.

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu ve sosyal güvence dağılımlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-1). Araştırmadaki gruplara göre gebelik sayısı ve düşük sayısı, gebelik haftaları, gebelikte alınan kilo, planlı gebelik varlığı ve gebelik şekli, gebelik boyunca sağlık sorunu yaşama, kontrole gitme sayıları, doğum yapan birini görme, kendilerinin doğum durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4-2).

Gruplara göre gebelerin W-DEQ A versiyonundan aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı belirlendi ($p>0,05$). Gruplara göre gebelerin W-DEQ B versiyonundan aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre; kontrol grubu gebelerin ölçek puanı, EFT ve NF grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p=0,003$; $p=0,005$; $p<0,01$) (Tablo 4-6).

Gebelerin W-DEQ A versiyonu puanlarının sınıflamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). EFT grubundaki gebelerin %54,3'ünün, NF grubundaki gebelerin %74,3'ünün, genel toplamın da %61,7'sinin "orta derecede" doğum korkusu olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Araştırmaya katılan kadınların W-DEQ B versiyonunun gruplar arasında alt boyutlarının analizinde "olumlu davranışların eksikliği", "yalnızlık" ve "doğumla ilgili kaygılar" alt boyutlarında istatistiksel olarak farklılık saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4-8).

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD latent faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,010$; $p<0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD latent faz değeri, EFT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptandı ($p=0,055$; $p>0,05$) (Tablo 4-9).

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD aktif faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD aktif faz değeri, EFT grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-9).

Gruplara göre gebelerin uygulama öncesi SUD geçiş faz ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,008$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre; EFT grubu gebelerin SUD geçiş faz değeri, NF ve kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p=0,004$; $p=0,025$; $p<0,05$). NF grubu gebelerin uygulama sonrası SUD geçiş faz değeri, EFT grubu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4-9).

Grupların bazı demografik verilere göre uygulama öncesi ve sonrası SUD farkları değerlendirildiğinde; yaşı 20-30 olan gebelerde, EFT grubu latent faz farkları ($p=0,003$), aktif faz farkları ($p=0,001$) ve geçiş fazı farkları ($p=0,001$) NF grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4-10).

Gebelerin fazlara göre 1. ve 2. dilatasyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4-13, Tablo 4-14).

Gebelerin fazlara göre 1., 2. ve 3. fetal başın iniş ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4-15 ve Tablo 4-16).

Gebelerin fazlara göre 1., 2. ve 3. kontraksiyon sayısı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-17 ve Tablo 4-18).

Gebelerin fazlara göre 1., 2. ve 3. ÇKS ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4-19 ve Tablo 4-20).

Araştırmaya katılan gebelerin gruplara göre latent fazda 1. ve 2. değerlendirmelerinde amnion zarı durumlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-21).

Gebelerin fazlara göre 1., 2. ve 3. sistolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-22, Tablo 23).

Gebelerin fazlara göre 1., 2. ve 3. diastolik kan basıncı ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4-24, Tablo 25).

Gebelerin doğum sürelerinin dağılımları, gebelere fundal basınç uygulama oranları ve gebelerde perineal yırtık görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-26).

Gebelerin gruplarına göre yenidoğanın doğum ağırlıkları, boy uzunlukları, baş çevresi ölçümleri, Apgar skoru 1. dk ve 5. dk ölçümleri, doğumun sonrasında hemen emzirme durumu ve ten tene temas yapılması oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-27).

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda öneriler:

- Doğum korkusunu azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması,
- Doğum korkusunu azaltmak için gebelerin prenatal süreçte doğuma hazırlık eğitimlerine katılmasının sağlanması,
- Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A ve B versiyonları kullanılarak gebelerin doğum korkusu düzeyini, gebelere uygulanan hemşirelik bakımının doğum korkusuna etkisini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması,
- EFT'nin prenatal dönemden başlanarak gebeye açıklanıp doğuma kadar uygulamasının sağlanması,
- Nefes farkındalığının gebeliğin her döneminde ve özellikle innatal süreçte uygulanması,
- Hemşirelerin EFT ve NF konularında eğitimlerinin sağlanması ve becerilerinin geliştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acar, N. (2016). Nefes, kullanımı ve şan eğitimi. *Ulakbilge*, **4(8)**, 231-46.
- Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **119(10)**, 1238-46.
- Adams, E.D., Bianchi, A.L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **37(1)**, 106-15.
- Akbaş, E., Vırit, O., Savaş, A.H., Kalenderoğlu A., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, **45(3)**, 85-91.
- Akdolun Balkaya, N., Vural, G., Eroğlu, K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; **4(1)**, 6-16.
- Aksoy, A.N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, **2(3)**, 161-5.
- Alcorn, K.L., O'Donovan, A., Patrick, J.C., Creedy, D., Devilly, G.J., (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol. Med.*, **40**, 1849-59.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., Wijma, K. (2005). Fear, Pain and Stres Hormons During Childbirth. *Journal of Psychosomathic Obstetric & Gynecology*, **26(3)**, 153-65.
- Alehagen, S., Wijma, B., Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, **85(1)**, 56-62.
- Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, **80(4)**, 315-20.
- Alessandra, S., Roberta, L. (2013) Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, **1(1)**, 1-18.
- Al-Mehaisen, L., Khader, Y., Al-Kuran, O., Abu Issa, F., Amarın, Z. (2011). Maternal anemia in rural Jordan: room for improvement. *Anemia*, **1-7**.
- Amen, D. (2002). Images of human behavior. *Newport Beach, CA: Mindworks Press*.
- Andrade, J., Feinstein, D. (2004). Energy psychology: Theory, indications, evidence. *D. Feinstein, Energy Psychology Interactive*, 199-214.

- Api, O., Emeksiz Balcin, M., Ugurel, V., Api, M., Turan, C., Unal, O. (2009). The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **88(3)**, 320-24.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, **59(3)**, 194-202.
- Asmundson GJ, Norton PJ, Veloso F. (1999). Anxiety sensitivity and fear of pain in patients with recurring headaches. *Behav Res Ther*, **37**, 703–13.
- Avcıbay B., Alan S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. Derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4(3)**, 20-3.
- Baker, A.H., Siegel, M.A. (2010). Emotional freedom techniques (EFT) reduces intense fears: A partial replication and extension of Wells et al. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, **2**, 13-30.
- Bakshi, R., Mehta, A., Mehta, A., Sharma, B. (2008). Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, **10(1)**, 9-15.
- Barta, E., Drugan, A. (2010). Glucose transport from mother to fetus—A theoretical study. *Journal of Theoretical Biology*, **263(3)**, 295-302.
- Batallan, A., Goffinet, F., Paris-Llado, J., Fortin, A., Breart, G., Madelenat, P., Benifla, J.L. (2002). Fetal macrosomia: management, obstetrical and neonatal results. Multicenter case-control study in 15 maternity hospitals in Paris and the Ile de France area. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, **30(6)**, 483-91.
- Beck, A.T., Emery, G. (2006). Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler Bilişsel Bir Bakış Açısı. (Çev. Veysel Öztürk), İstanbul: *Litera Yayıncılık*, **(1)**, 1-20.
- Bhatia, M. S., Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, **21(2)**, 158-63.
- Boath, E., Stewart, A., Carrier, A. (2013). Tapping for success: A pilot study to explore if emotional freedom techniques (EFT) can reduce anxiety and enhance academic performance in university students. *Innovative Practice in Higher Education*, **1(3)**, 1-13.
- Boath, E., Stewart, A., Rolling, C. (2014). The impact of EFT and matrix reprinting on the civilian survivors of war in Bosnia: A pilot study. *Current Research in Psychology*, **5**, 65-73.

- Boaviagem, A., Junior, E.M., Lubambo, L., Sousa, P., Aragão, C., Albuquerque, S., Lemos, A. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **26**, 30-5.
- Boorman, R.J., Devilly, G.J., Gamble, J., Creedy, D.K., Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, **30(2)**, 255-61.
- Bougea, A.M., Spandideas, N., Alexopoulos, E.C., Thomaides, T., Chrousos, G. P., Darviri, C. (2013). Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: A randomized controlled trial. *Explore*, **9(2)**, 91-9.
- Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. *Integrative Medicine*, **7(4)**, 30-5.
- Brown, S.T., Douglas, C., Flood, L.P. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, **10(3)**, 1-8.
- Brown, R.P., Gerbarg, P.L., Muench, F. (2013). Breathing practices for treatment of psychiatric and stress-related medical conditions. *Psychiatric Clinics*, **36(1)**, 121-40.
- Buran, G. (2015). Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları: 2013-2015. *Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, **1(1)**, 25-32.
- Butterworth, J.F., Mackey, D.C., Wasnick, J.D. (2013). Chronic Pain Management. *Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology*. New York, NY: McGraw-Hill, (5), 1023-86.
- Cabioglu, M.T., Ergene, N., Tan, U. (2006). The mechanism of acupuncture and clinical applications. *International Journal of Neuroscience*, **116(2)**, 115-25.
- Cabioğlu, M.T., Ergene, N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*, **13(1)**, 35-40.
- Challis, J.R.G., Matthews, S.G., Gibb, W., Lye, S.J. (2000) Endocrine and paracrine regulation of birth at term and preterm. *Endocrine Reviews*, **21(5)**, 514-50.
- Chatwin, H., Stapleton, P., Porter, B., Devine, S., Sheldon, T. (2016). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional freedom techniques in reducing depression and anxiety among adults: A pilot study. *Integrative Medicine*, **15(2)**, 27-9.

- Cherkin, D.C., Sherman, K.J., Avins, A.L., Erro, J.H., Ichikawa, L., Barlow, Delaney, K., Hawkes, R., Hamilton, L., Pressman, A., Deyo, R.A., Khalsa, P.S. (2009). A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine*, **169**(9), 858-66.
- Cho, H., Ryu, S., Noh, J., Lee, J. (2016). The effectiveness of daily mindful breathing practices on test anxiety of students. *PloS One*, **11**(10), 1-10.
- Chokroverty, S., Provini, F. (2017). Sleep, breathing, and neurologic disorders. In *Sleep Disorders Medicine* Springer, New York. p:787-890.
- Chung, U.L., Hung, L.C., Kuo, S.C., Huang, C.L. (2003). Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research*, **11**(4), 251-60.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **14**(2), 105-15.
- Church, D. (2004) The EFT Mini-Manual (Emotional Freedom Techniques). (Erişim Tarihi: 05.04.2017), www.EFTUniverse.com
- Church, D. (2009a) The genie in your genes. *Energy Psychology Press, Santa Rosa, CA* (2), 227-30.
- Church, D. (2009b). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on athletic performance: A randomized controlled blind trial. *Open Sports Sciences Journal*, **2**, 94-9.
- Church, D. (2013a). Clinical EFT Handbook: A Definitive Resource for Practitioners, Scholars, Clinicians & Researchers. Church, D., Marohn, S. (Editör). Chapter 4. The Roots of EFT in Medicine and Psychology. *Energy Psychology Press*, (1), 53-65.
- Church, D. (2013b). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology*, **4**, 645-54.
- Church, D., Brooks, A.J. (2010a). Application of emotional freedom techniques. *Integrative Medicine*, **9**(4), 1-12.
- Church, D., Brooks, A. (2010b). The effect of a brief EFT (emotional freedom techniques) self-intervention on anxiety, depression, pain and cravings in healthcare workers. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 40-44.

- Church, D., Brooks, A.J. (2013). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on psychological symptoms in addiction treatment: A pilot study. *Journal of Scientific Research and Reports*, **2(2)**, 65-8.
- Church, D., Brooks, A.J. (2014). CAM and energy psychology techniques remediate PTSD symptoms in veterans and spouses. *Explore: The Journal of Science and Healing*, **10(1)**, 24-33.
- Church, D., De Asis, M.A., Brooks, A.J. (2012a). Brief group intervention using EFT (emotional freedom techniques) for depression in college students: a randomized controlled trial. *Depress. Res. Treat*, 1-7.
- Church, D., Downs, D. (2012). Sports confidence and critical incident intensity after a brief application of emotional freedom techniques: a pilot study. *Sport Journal*, 15-9.
- Church, D., Feinstein, D. (2012). The psychobiology and clinical principles of energy psychology treatments for PTSD: A review. In T. Van Leeuwen & M. Brouwer (Eds.), *Psychology of trauma* Hauppauge, NY: Nova p: 211-24.
- Church, D., Pina, O., Reategui, C., Brooks, A. (2012b). Single session reduction of the intensity of traumatic memories in abused adolescents after EFT: A randomized controlled pilot study. *Traumatology*, **18(3)**, 73-9.
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O. M., Dinter, I., Stein, P. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using EFT (emotional freedom techniques): A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **201**, 153-60.
- Clond, M. (2016). Emotional freedom techniques for anxiety: a systematic review with meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **204(5)**, 388-95.
- Connolly, S.M., Sakai, C.E. (2012). Brief trauma symptom intervention with Rwandan genocide survivors using thought field therapy. *International Journal of Emergency Mental Health*, **13**, 161-72.
- Cooke A. (2010) When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery*, **18(2)**, 77-81.
- Coşar, F., Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(1)**, 18-30.
- Coşkun, B., Ünal, O. (1997). Türk kadınının doğum travayı eğrisi (partogram) ve friedman partogramı ile karşılaştırılması. *Aile Hek Derg*, **1(1)**, 16-20.

- Coşkuner Potur, D., Mamuk, R., Şahin, N. H., Demirci, N., & Hamlacı, Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*, **64**, 576-83.
- Craig, G. (2004). EFT. Duygusal Özgürlük Teknikleri El Kitabı. (Erişim Tarihi 4.4.2017), www.efiletanis.com/EFT_Manual_Turkish_efiletanis.com.pdf
- Craig, G. (2008). The EFT manual. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap III, L.C., Hauth J.C., Wenstrom, K.D. (2005.) Williams Doğum Bilgisi. *Nobel Tıp Kitabevleri. 1.cilt. (21)*, 251-332.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I., McAuliffe, G.L. (2005). Antenatal hypnosis for labour analgesia. *International Journal Of Obstetric Anesthesia*, **14(4)**, 365-6.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I., McAuliffe, G.L. (2006a). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesthesia and Intensive Care*, **34(4)**, 464-8.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I., Robinson, J.S., Crowther, C.A., Baghurst, P., Turnbull, D., ve ark. (2006). Hypnosis Antenatal Training for Childbirth (HATCh): a randomised controlled trial [NCT00282204]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **6(1)**, 5-9.
- Çatak, P.D., Ögel, K. (2010). Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **13**, 85-91.
- Çiçek, Ö., Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: doğum korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **8(4)**, 263-8.
- Çulha, G., Ocaktan, M.E., Çöl, M. (2010). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **30(2)**, 639-49.
- D'Souza, R., Arulkumaran, S. (2013). To 'C' or not to 'C'?/Caesarean delivery upon maternal request: a review of facts, figures and guidelines. *Journal of Perinatal Medicine*, **41(1)**, 5-15.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. ve ark. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*, **65**, 564-70.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Appelbaum, S., Risher, P. (2003). Listening to mothers: Report of the first national US survey of women's childbearing experiences. *J Perinat Med*, **31**, 350-1.
- Demirsoy, G., Aksu, H., (2015) Doğum korkusunun nedenleri ve baş etme. *KASHED*, **2(2)**, 36-45.

- Dhond, R.P., Kettner, N., Napadow, V. (2007). Neuroimaging acupuncture effects in the human brain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **13**, 603-16.
- Dick-Read, G. (2004). *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. Second edition. UK: Pinter & Martin Ltd, p: 36-9.
- Diepold, J.H. (2000). Touch and Breathe: An alternative treatment approach with meridian based psychotherapies. *Traumatology*, **6(2)**, 109-18.
- Diepold, J.H., Goldstein, D. (2008). Thought Field Therapy and qEEG changes in the treatment of trauma: A case study. *Traumatology*, **15**, 85-93.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., Phillips, L. (2017). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4-6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, **221**, 238-45.
- Dunnewold, A.L. (2014). Thought field therapy efficacy following large scale traumatic events. *Current Research in Psychology*, **5**, 34-9.
- Dursun, P., Yanik, F.B., Zeyneloglu, H.B., Baser, E., Kuscu, E., Ayhan, A. (2011). Why Women Request Cesarean Section Without Medical Indication? *The Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*; **24(9)**, 1133-7.
- Dündar, Ö., Çiftçinar, T., Tütüncü, L., Ergür, A.R., Atay, M.V., Müngen, E., Yergök, Y.Z. (2010) İkinci trimester maternal hemoglobin seviyesinin doğum ağırlığı ve haftasına etkisi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, **27(2)**, 156-60.
- Ergin, A.B. (2013) Doğum ve Doğumun Tarihi. Editör Nuran Kömürçü. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2. Baskı, 11-9.
- Eriksson, C., Jansson, L., Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, **22(3)**, 240-8.
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., Çalık, K.Y. (2017). Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, **237**, 1045-52.
- Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E. Y., Ersoy, A. Ö., Tokmak, A., Taşçı, Y. (2015). Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, **6(3)**, 250-5.
- Ertem, G. (2016). Doğumda Analjezi ve Anestezi. Editörler Şirin, A., Kavlak, O., Kadın Sağlığı Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2. Baskı, s: 424-7.

- Fabian, H.M., Rådestad, I. J., Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, **20(3)**, 226-35.
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E.E., Zeng, Y., Ren, Y., Tong, H., Wang, Y., Hui, K.K. (2008). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Human Brain Mapping*, **30(4)**, 1196-206.
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology: A review of the preliminary evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **45(2)**, 199-203.
- Feinstein, D. (2012). Acupoint stimulation in treating psychological disorders: Evidence of efficacy. *Review of General Psychology*, **16(4)**, 364-80.
- Feinstein, D., Church, D. (2010). Modulating gene expression through psychotherapy: The contribution of non-invasive somatic interventions. *Review of General Psychology*, **14**, 283-95.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, **18(5)**, 667-77.
- FIGO (2004). International Confederation of Midwives and International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. Joint Statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. *Maternal and Child Health*, (**49**), 76-7.
- Fidan, N. (2014) Nefes Mutluluğa Giden Yol. Doğan Egmont Yayıncılık ve Yapımcılık Tic A.Ş. İstanbul 7. Baskı Nisan s:70-5.
- Fitch, J., Schmuldt, L., Rudick, K.L. (2011). Reducing state communication anxiety for public speakers. An energy psychology pilot study. *Journal of Creativity in Mental Health*, **6**, 178-92.
- Fleming, T. (1996). Reduce traumatic stress in minutes: The Tapas Acupressure Technique (TAT) workbook. Torrence, CA: Tapas Fleming.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. (Eds.). (2000). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford, p:29-42.
- Ford, E., Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, **23(2)**, 260-8.

- Freud, S. (2010). Ket Vurma, Belirti ve Korku. Çev., Lütfi Yarbaş. İlya Yayınevi Psikoloji Dizisi. İzmir. 2. Baskı s:15-86.
- Gaesser, A.H., Karan, O.C. (2017). A randomized controlled comparison of Emotional Freedom Technique and cognitive-behavioral therapy to reduce adolescent anxiety: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **23(2)**, 102-8.
- Gallo, F. (2013). Energy for healing trauma, energy psychology and the efficient treatment of trauma and PTSD. *Energy Psychology Journal*, **5(1)**, 1-5.
- Gamble, J.A., Creedy, D.K., Webster, J., Moyle, W. (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, **18(1)**, 72-9.
- Ganong, W.F. (2002) Tıbbi Fizyoloji. Çeviren Ateş N, 20. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitapevi, s: 248- 52.
- Geissbuehler, V., Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **23(4)**, 229-35.
- Geuter, U., Heller, M. C., Weaver, J. O. (2010). Elsa Gindler and her influence on Wilhelm Reich and body psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, **5(1)**, 59-73.
- Ghamsari, M.S., Lavasani, M.G. (2015). Effectiveness of emotion freedom technique on pregnant women's perceived stress and resilience. *Journal of Education and Sociology*, **6(2)**, 118-22.
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, **157(4)**, 493-505.
- Göker, A., Yanikerem, E., Birge, Ö. (2012). Manisa'da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran gebelerde anemi prevalansının retrospektif incelemesi. *STED*, **3(21)**, 102-9.
- Gönenç, İ.M., Çalbayram, N.Ç. (2017). Contributions of pregnancy school program, opinions of women on the education and their post-education experiences Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, **14(2)**, 1609-20.

- Gözükara, A.G.F., Eroğlu, K. (2008). İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **15(1)**, 32-46.
- Grassi, G., Quarti-Trevano, F., Dell'Oro, R., Mancina, G. (2008). Essential hypertension and the sympathetic nervous system. *Neurological Sciences*, **29**, 33-36.
- Gurret, J.M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J., Church, D. (2012). Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian seminarians. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, **4(2)**, 33-40.
- Güdücü, N., Gönenç, G., İşçi, H., Yiğiter, A. B., Dünder, İ. (2013). Gestasyonel diabetes mellitus riskinin maternal yaş ve gebeliğin başlangıcındaki vücut kitle indeksi ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, **40(3)**, 406-409.
- Gümüş, İ.İ., Karakurt, F., Kargili, A., Turhan, N.Ö., Uyar, M.E. (2010). Association between prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and perinatal outcomes. *Turkish Journal of Medical Sciences*, **40(3)**, 365-70.
- Gün, N. (2004). Geçmişin Gölgeleeri Duyguların Dili. Kuraldışı Yayıncılık İstanbul, 8. Baskı s: 13-5.
- Güngör, İ., Gökyıldız, Ş., Nahçıvan, N.Ö. (2004). Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **13(53)**, 185-98.
- Güngör, İ., Yildirim-Rathfisch, G. (2009). Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **11(2)**, 5-9.
- Gürel, C., Özgün, M. T., Batukan, C., Başbuğ, M. (2009). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, **31(4)**, 323-330.
- Haines, H.M., Pallant, J.F., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Toohill, J., Hildingsson, I. (2015). Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **6(4)**, 204-10.
- Haker, E., Egekvist, H., Bjerring, P. (2000). Effect of sensory stimulation (acupuncture) on sympathetic and parasympathetic activities in healthy subjects. *Journal of the Autonomic Nervous System*, **79(1)**, 52-9.

- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **38**(5), 567-76.
- Hanson, L. (2009). Second-Stage Labor Care: Challenges in Spontaneous Bearing Down. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, **23**(1), 31-9.
- Harrison, G.R. (2005). The anatomy and physiology of the diaphragm. In Upper gastrointestinal surgery. Authors: John W. L. Fielding, Michael T. Hallissey Springer London. pp. 45-58.
- Hartmann, S. (2016) Enerji EFT. Pegasus Yayınları. İstanbul 1.baskı, s:13-60.
- Hartung, J.G., Galvin, M.D. (2003) Energy psychology and EMDR: Combining forces to optimize treatment. New York: Norton.
- Hartung, J., Stein, P. (2012). Telephone delivery of EFT (emotional freedom techniques) remediates PTSD symptoms in veterans. *Energy Psychology Journal*, **4**(1), 33-40.
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **85**(4), 435-40.
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A., Lundgren, I. (2011). A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **40**(5), 532-43.
- Hodge, P. (2011). A pilot study of the effects of emotional freedom techniques in psoriasis. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, **3**(2), 13-24.
- Hofberg, K., Ward, M.R. (2004). Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric–psychiatric interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **47**(3), 527-34.
- Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, **79**(935), 505-10.
- Hofberg, K.M., Brockington, I.F. (2001). Tokophobia: A morbid dread of childbirth. Its presence in Great Britain and Grand Cayman, British West Indies. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **(22)**, 96-8.
- Hotun-Şahin, N., Yıldırım, G., Aslan, E. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, **17**(1), 37-43.

- Hui, K.K. S, Liu, J., Makris, N., Gollub, R.W., Chen, A. J.W., Moore, C.I., ve ark. (2000). Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: Evidence from fMRI studies in normal subjects. *Human Brain Mapping*, **9**, 13-25.
- Humenick, S.S. (2004). Maternity & Women's Health Care. In: Childbirth and Perinatal Education. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, 8th ed, Mosby, USA, p: 448-67.
- Hurley, R., Murphy, J., Wu, C. (2015). Acute Postoperative Pain. Miller's Anesthesia. Ed. Miller, R. Volume 2. Eight Edition, Elsevier Saunders, Canada. p: 2974-999.
- İsbir, G.G., Serçekuş, P., Çoker, H. (2015). Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, **1(1)**, 10-5.
- Jafari, H., Courtois, I., Van den Bergh, O., Vlaeyen, J. W., Van Diest, I. (2017). Pain and respiration: a systematic review. *Pain*, **158(6)**, 995-1006.
- Jain, J., Rubino, A. (2012). The effectiveness of emotional freedom techniques for optimal test performance. *Energy Psychology*, **4(2)**, 15-25.
- Johnson, R., Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*, **109**, 1213-21.
- Johnson, C., Shala, M., Sejdijaj, X., Odell, R. Kadengjika, D. (2001). Thought Field Therapy: soothing the bad moments of Kosovo. *Journal of Clinical Psychology*, **57(10)**, 1237-40.
- Jokić-Begić, N., Žigić, L., Nakić Radoš, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **35(1)**, 22-2.
- Jones, J.P. (2002). Ultrasonic acupuncture and the correlation between acupuncture stimulation and the activation of associated brain cortices using functional Magnetic Resonance Imaging. *Bulletin of Science, Technology & Society*, **22(5)**, 362-70.
- Jones, S., Thornton, J., Andrews, H. (2011). Efficacy in reducing public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, **3(1)**, 33-42.
- Joseph, K.S., Kramer, M.S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S.W., Allen, A., Platt, R. (1998). Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *New England Journal of Medicine*, **339(20)**, 1434-9.

- Kabaca, S., Bozdağ, H., Ögütçüoğlu, F.B.S., Gökdağlı, F., Kavak, H., Tanyolaç, N. C. (2016). İlk trimester gebeliklerde subklinik tiroid fonksiyon bozuklukları ve obstetrik sonuçlar üzerine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **13(4)**, 143-7.
- Kalla, M., Simmons, M., Robinson, A., Stapleton, P. (2017). Emotional freedom techniques (EFT) as a practice for supporting chronic disease healthcare: a practitioners' perspective. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.
- Karabulut, Ö., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth?. *International Nursing Review*, **63(1)**, 60-7.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **20(3)**, 210-8.
- Karaçam, Z., Akyüz, E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **19(1)**, 45-53.
- Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **199**, 372-8.
- Kartal, M. (2016). Nefes Teknikleri Nefesin Sihirli Gücü. Ray Yayıncılık İstanbul 4. Baskı, s: 43-200.
- Korber, A., Scheck, T., Greher, M., Lieba, F., Fleischhackl, R., Fleischhackl, S., ve ark. (2002). Pre-hospital analgesia with acupressure in victims of minor trauma: a prospective, randomized, double-blinded trial. *Anesthesia & Analgesia*, **95(3)**, 723-7.
- Korukcu, O., Kukulu, K., Firat, M. Z. (2012). The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **19(3)**, 193-202.
- Korukcu, O., Bulut, O., Kukulu, K. (2014). Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care for Women International*, **13**, 1-18.
- Kömürcü, N., Ergin, A.B., Çalışkan, E., Buckley, S.J., Çalık, K.Y., Çoker H., Karabekir N. (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-farmakolojik Yöntemler. Editör Nuran Kömürcü. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:151-3.

- Kösreli, S. (2016). Ses Eğitimi Çalışmalarının Kekemeliğin Tedavisinde Kullanılabilirliği Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Education Faculty*, **18(1)**, 374-90.
- Kroger, M. (2004). *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding, USA*: Jones and Bartlett Publishers, 119-176.
- Kuşu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **23(1)**, 61-4.
- Kwee, A., Cohlen, B. J., Kanhai, H. H., Bruinse, H. W., Visser, G. H. (2004). Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **113(2)**, 186-90.
- LaComb, C. O., Tandy, R. D., Lee, S. P., Young, J. C., Navalta, J. W. (2017). Oral versus Nasal Breathing during Moderate to High Intensity Submaximal Aerobic Exercise. *International Journal of Kinesiology & Sports Science*, **5(1)**, 1-8.
- Lake, J. (2014). A review of select CAM modalities for the prevention and treatment of PTSD. *Psychiatric Times*, **31(7)**, 29-39.
- Lambrou, P. T., Pratt, G. J., Chevalier, G. (2003). Physiological and psychological effects of a mind/body therapy on claustrophobia. *Subtle Energies & Energy Medicine*, **14**, 239-51.
- Lane, J. (2009). The neurochemistry of counterconditioning: Acupressure desensitization in psychotherapy. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, **1(1)**, 31-44.
- LeDoux, J. (2002). *The synaptic self: how our brains become who we are* (New York: Viking Penguin). *Trad. It. Il Sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo. Milano: Raffaello Cortina.*
- Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D., Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception, *Behav Res Ther*, **21**, 401-8.
- Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect*, **33(12)**, 877-87.
- Llewellyn-Edwards, T., Llewellyn-Edwards, M. (2012). The effect of EFT (emotional freedom techniques) on soccer performance. *Fidelity: Journal for the National Council of Psychotherapy*, **47**, 14-9.
- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., et al. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the

- WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *The Lancet*, **375(9713)**, 490-9.
- Mackey, M. C., Flanders Stepan, M.E. (1994). Women's evaluations of their labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **23(5)**, 413-20.
- Madan, J., Chen, M., Goodman, E., Davis, J., Allan, W., Damman, O. (2010). Maternal obesity, gestational hypertension, and preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **23(1)**, 82-8.
- Mamuk, R., Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, **44**, 137-44.
- Männistö, T., Mendola, P., Grewal, J., Xie, Y., Chen, Z., Laughon, S.K. (2013). Thyroid diseases and adverse pregnancy outcomes in a contemporary US cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **98(7)**, 2725-33.
- Marieb, E.N. (1995). Human Anatomy and Physiology. Third edition. California: The Benjamin/ Cummings Publishing Company, p:474- 5.
- McCallion, F. (2012). Emotional freedom techniques for dyslexia: A case study. *Energy Psychology Journal*, **4(2)**, 1-6.
- Melender, H.L. (2002a). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, **29(2)**, 101-11.
- Melender, H.L. (2002b). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **47(4)**, 256-63.
- Modlock, J., Nielsen, B.B., Uldbjerg, N. (2010). Acupuncture for the induction of labour: a double-blind randomised controlled study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **117(10)**, 1255-61.
- Mongan, M.F. (2012). HypnoBirthing Mongan Yöntemi. Health Communications, Inc. Deerfield Beach, Florida, USA. Çeviri Aslı Kalem Bakkal. Editör Hakan Çoker. Gün yayıncılık. İstanbul. 3.baskı s:33-155.
- Monk, C., Fifer, W.P., Myers, M.M., Bagiella, E., Duong, J.K., Chen, I.S., et al. (2011). Effects of maternal breathing rate, psychiatric status, and cortisol on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, **53(3)**, 221-33.

- Mortazavi, F. (2017). Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electronic Physician*, **9(6)**, 4606-7.
- Mucillo, A. (2016). Tapping circles start up guide. (Erişim Tarihi:01.04.2017), <https://tappingforkids.wordpress.com/2008/07/20/tapping-circles-start-up-guide>
- Napadow, V., Dhond, R., Park, K., Kim, J., Makris, N., Kwong, K. K. et al. (2009). Time-variant fMRI activity in the brainstem and higher structures in response to acupuncture. *NeuroImage*, **47(1)**, 289-301.
- Napadow, V., Kettner, N., Liu, J., Li, M., Kwong, K.K., Vangel, M. et al. (2007). Hypothalamus and amygdala response to acupuncture stimuli in Carpal Tunnel Syndrome. *Pain*, **130(3)**, 254-66.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: It be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, **33(2)**, 221-7.
- Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **88(7)**, 807-13.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and Birth*, **25(3)**, 114-21.
- O'Connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C., O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1-14.
- Odent, M. (2001). The scientification of love. revised ed. London.
- Okumuş, H., Yenal, K., Ozan, Y. D., Öztürk, E. (2015). Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar: literatür derlemesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, **1(1)**, 16-24.
- Özkan, S. (2011). Diyafram evantrasyonu ve cerrahi tedavisi. In Yücel O, Genç O, ed. Torasik Konjenital Anomaliler ve Cerrahisi. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, s:88-98.
- Özkan, A., Arslan, H. (2007). Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **38(4)**, 155-61.

- Özkan, S., Demirhan, H., Çınar, İ.Ö. (2009). Gebelik ve bazı sosyodemografik özelliklerin cinsel fonksiyon üzerine etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **12(3)**, 28-37.
- Özyurt, R., Aşıcıoğlu, O., Gültekin, T., Güngördük, K., Boran, B. (2013). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. *JOPP Derg*, **5(1)**, 7-12.
- Pardeshi, S., Hatekar, A. (2017). Comparative study of heart rate variability (HRV) in major depressive disorder (MDD) & healthy individuals. *Indian J Physiol Pharmacol*, **61(3)**, 256-61.
- Patterson, S.L. (2016). The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, **40**, 104-10.
- Peper, E., Lee, S. S., Harvey, R., Lin, I. M. (2016). Breathing and math performance: Implications for performance and neurotherapy. *NeuroRegulation*, **3(4)**, 142-5.
- Perls, F.A. (1969). Ego, Hungar and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy. New York, NY. Random House.
- Perry, B.D. (1999). Memories of fear: how the brain stores and retrieves physiologic states, feelings, behaviors and thoughts from traumatic events. In Splintered reflections: Images of the body in trauma. Ed. Goodwin, J. & Attias, R. (Eds.) New York: Basic Books.
- Phelps, E.A., LeDoux, J.E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*, **48**, 175-87.
- Pugh, L.C., Milligan, R.A., Gray, S., Strickland, O.L. (1998). First stage labor management: An examination of patterned breathing and fatigue. *Birth*, **25(4)**, 241-3.
- Rancour, P. (2016). The Emotional Freedom Technique Finally, a Unifying Theory for the Practice of Holistic Nursing, or Too Good to Be True? *Journal of Holistic Nursing*, 1-8.
- Rathfisch, G. (2015b). Gebelikten Anneliğe Yoga Ebeveynliğe Bedensel, Zihinsel ve Ruhsal Hazırlık. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 1.Baskı s:19-38.
- Rathfisch, G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1. Baskı. s: 71-106.
- Rathfisch, G. (2015a). Doğum Eylemi. Editör Beji, NK, Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 306-18.

- Rathfisch, G., Güngör, İ. (2016). Doğum eyleminde ağrıyla birliktelik. Editör Beji, NK, Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. 2. Genişletilmiş Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 377-94.
- Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B., Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of Women's Mental Health*, **16(5)**, 363-9.
- Reiger, K., Dempsey R. (2006). Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*, **(15)**, 364-73.
- Robson, P., Robson, H. (2012). The challenges and opportunities of introducing thought field therapy (TFT) following the Haiti earthquake. *Energy Psychology Journal*, **4(1)**, 41-3
- Roemer, E. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clin Psychol Sci Prac*, **(9)**, 54-68.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, **21(2)**, 95-103.
- Romano, A. M., Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **37(1)**, 94-105.
- Root, J.C., Tuescher, O., Cunningham-Bussel, A., Pan, H., Epstein, J., Altemus, M., et al. (2009). Frontolimbic function and cortisol reactivity in response to emotional stimuli. *Neuroreport*, **20**, 429-34.
- Rotheram, M., Maynard, I., Thomas, O., Bawden, J., Francis, L (2012). Preliminary evidence for the treatment of type I “yips”: The efficacy of the emotional freedom techniques. *Sport Psychologist*, **26**, 551-70.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, **116(1)**, 67-73.
- 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 & Gynaecology*, **120(1)**, 75-84.

- Rowe, J. (2005). The effects of EFT on long-term psychological symptoms. *Couns. Clin. Psychol. J.*, **2(3)**, 104-11.
- Ruden, R.A. (2005). A neurobiological basis for the observed peripheral sensory modulation of emotional responses. *Traumatology*, **11(3)**, 145-58.
- Ryding, E.L., Wijma, B., Wijma, K., Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **77(5)**, 542-7.
- Saisto, T., Ylikorkala, O., Halmesmaki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics&Gynecology*, **94(5)**, 679-82.
- Saisto, T., Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **82(3)**, 201-8.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., Halmesma, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **108(5)**, 492-8.
- Salas, M.M., Brooks, A.J., Rowe, J.E. (2011). The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: A pilot study. *Explore: The Journal of Science and Healing*, **7(3)**, 155-61.
- Sari, S., Handayani, D., Puji, P., Nurhidayah, N. (2017). Effectiveness of pregnancy exercise on pain reduction among women in the first stage of labor. In *Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health*, 257-63.
- Satish, P.D. (2012). Laughter therapy. *Journal of Pharmaceutical and Scientific Innovation*, **1(3)**, 23-4.
- Saydam, B.K. (2016). Doğum eylemi. Editörler Şirin, A., Kavlak, O., Kadın Sağlığı Kitabı. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 412-24.
- Saymer, F.D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(3)**, 43-148.
- Schmidt, M., Schumann, A., Müller, J., Bär, K. J., Rose, G. (2017). ECG derived respiration: comparison of time-domain approaches and application to altered breathing patterns of patients with schizophrenia. *Physiological Measurement*, **38(4)**, 601-6.
- Schoninger, B., Hartung, J. (2010). Changes on self-report measures of public speaking anxiety following treatment with Thought Field Therapy. *Energy Psychology: Theory, Practice, Research*, **2(1)**, 13-26.

- Serçekuş, P., Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, **25(2)**, 155-62.
- Seven, A., Kucur, S.K., Polat, M., Yüksel, B., Işıklar, Ö., Keskin, N. (2016). Gebelerde birinci trimester tiroid fonksiyon testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, **3(2)**, 5-8.
- Sezgin, N., Özcan, B. (2009). The effect of progressive muscular relaxation and Emotional Freedom Techniques on test anxiety in high school students: A randomized blind controlled study. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, **1(1)**, 23-9.
- Shekhar, A., Johnson, P.L., Sajdyk, T.J. (2006). AngiotensinII is a putative neurotransmitter in lactate-induced panic-like responses in rats with disruption of GABAergic inhibition in the dorsomedial hypothalamus. *J Neurosci*, **26(36)**, 9205-15.
- Sheldon, T. (2014). Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: a case study. *Current Research in Psychology*, **5**, 40-63.
- Sielska-Badurek, E., Osuch-Wójcikiewicz, E., Sobol, M., Kazanecka, E., Niemczyk, K. (2017). Singers' Vocal Function Knowledge Levels, Sensorimotor Self-awareness of Vocal Tract, and Impact of Functional Voice Rehabilitation on the Vocal Function Knowledge and Self-awareness of Vocal Tract. *Journal of Voice*, **31(1)**, 122-e17.
- Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **49(6)**, 489-504.
- Simkin, P., Ancheta, R. (2016). Disfonksiyonel Doğum: Genel Bakış Açısı. Çeviri Editörü Mete S., Doğum Süreci El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:16-376.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **18(4)**, 266-72.
- Sliiden, T., Beck, S., MacDonald, I. (2017). An evaluation of the breathing strategies and maximum phonation time in musical theater performers during controlled performance tasks. *Journal of Voice*, **31(2)**, 253-e1.
- Smith, C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M., Crowther, C.A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *The Cochrane Library*, 1-45.

- Sönmez, Y. (2007). Doğum öncesi bakım hizmetleri. *STED*, **16(1)**, 9-12.
- Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **1(2)**, 92-104.
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., Kowalyk, K., Stewart, S.H. (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, **30(3)**, 168-74.
- Stapleton, P., Church, D., Sheldon, T., Porter, B., Carlopio, C. (2013). Depression symptoms improve after successful weight loss with emotional freedom techniques. *Hindawi Publishing Corporation ISRN Psychiatry*, 1-7.
- Stapleton, P., Devine, S., Chatwin, H., Porter, B., Sheldon, T. (2014). A feasibility study: Emotional freedom techniques for depression in Australian adults. *Current Research in Psychology*, **5(1)**, 19-21.
- Stapleton, P., Sheldon, T., Porter, B., Whitty, J. (2011). A randomised clinical trial of a meridian-based intervention for food cravings with six-month follow-up. *Behaviour Change*, **28(1)**, 1-16.
- Stein, P., Brooks, A. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches vs licenses therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychology: Theory, Research and Treatment*, **3(1)**, 11-8.
- Stephens, R.J., Haas, M., Moore, W.L., Emmil, J.R., Sipress, J.A., Williams, A. (2017). Effects of diaphragmatic breathing patterns on balance: a preliminary clinical trial. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, **40(3)**, 169-75.
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, **30(2)**, 220-26.
- Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **92(3)**, 318-24.
- Stramrood, C., Slade, P. (2017). A woman afraid of becoming pregnant again: Posttraumatic stress disorder following childbirth. In *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*, Springer International Publishing, p:33-49.
- Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., Budak, B. (2013). Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg*, **29(4)**, 165-7.

- Sukumar, B. (2017). Effect of various yogic programmes on physiological variables of female students. *International Journal of Yogic, Human Movement and Sports Sciences*, **2(1)**, 30-2.
- Swack, J.A. (2001). The biochemistry of energy psychology: An immunologist's perspective on physiological mechanisms underlying energy psychology treatments. Keynote presentation, Third Annual International Energy Psychology Conference, San Diego, CA, May.
- Swingle, P. (2010). Emotional freedom techniques (EFT) as an effective adjunctive treatment in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. *Energy Psychology: Theory, Research, and Treatment*, **2(1)**, 29-38.
- Swingle, P.G., Pulos, L., Swingle, M.K. (2004). Neurophysiological indicators of EFT treatment of post traumatic stress. *Subtle Energies & Energy Medicine*, **15(1)**, 75-86.
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A., Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **92(2)**, 210-4.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **91(1)**, 44-9.
- Şahin N.H., Güngör İ., Sömek A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi. Bir özel hastane örnekleme. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, **21(4)**, 197-204.
- Şahin, N., Dinç H., Dişsiz, M. (2009). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **40(2)**, 57-62.
- Şeker M, Büyükmumcu M., Aktan M. (1999). Reseptörler ve glomus caroticum: periferik arteriyel kemoreseptör. *Genel Tıp Dergisi*, **9(2)**, 77-82.
- Şeker, S., Sevil, Ü. (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, **1(1)**, 1-9.
- Şen, E., Dağ, H., Şenveli, S. (2015). The reasons for delivery-related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today*, **2(1)**, 25-33.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, (2014) (Erişim Tarihi: 09.08.2017), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2015). (Erişim Tarihi: 08.08.2017), http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraiishi, M., Okano, T., Severinsson, E. (2017). Psychometric evaluation of the Japanese Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Open Journal of Nursing*, **7(1)**, 15-7.
- Tang, S., Li, X., Wu, Z. (2006). Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **195(6)**, 1527-32.
- Taşçı, E., Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, **17(3)**, 181-6.
- Tatarlar, A., Tokat, M. A. (2016). The effect of birth fear on lactation, infant sucking ability and first breastfeeding results. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **15(2)**, 83-91.
- TDK, Türk Dil Kurumu, (Erişim Tarihi: 16.11.2016), http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KORKU
- Temple, G., Mollon, P. (2011). Reducing anxiety in dental patients using EFT: A pilot study. *Energy Psychology: Theory, Research & Treatment*, **3(2)**, 53-6.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, **31(4)**, 445-50.
- Tetikkurt, C. (2000). Gebelikte solunum fizyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, **31(2)**, 118-22.
- The EFT Tapping Home, (Erişim Tarihi: 04.04.2017), www.emofree.com
- Toivanen, R., Saisto, T., Salmela-Aro, K. Halmesma ki, E.(2002). Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksien avulla. *Suomen Laakarilehti*, **57(45)**, 4567-72.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **14(1)**, 275-8.
- Torkzahrani, S., Mahmoudikohani, F., Saatchi, K., Sefidkar, R., Banaei, M. (2017). The effect of acupressure on the initiation of labor: A randomized controlled trial. *Women and Birth*, **30(1)**, 46-50.

- Traser, L., Özen, A. C., Burk, F., Burdumy, M., Bock, M., Richter, B., Echternach, M. (2017). Respiratory dynamics in phonation and breathing-A real-time MRI study. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, **236**, 69-77.
- Turan, T., Ceylan, S. S., Teyikçi, S. (2008). Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(9)**, 157-72.
- TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008) (Erişim Tarihi: 08.08.2017), www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf.
- Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015) Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4(2)**, 54-8.
- Ulett, G.A. (1992). Beyond yin and yang; How acupuncture really works. St. Louis: Warren S. Green, p:38-53.
- Valiee, S., Bassampour, S. S., Nasrabadi, A. N., Pouresmaeil, Z., Mehran, A. (2012). Effect of acupressure on preoperative anxiety: a clinical trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, **27(4)**, 259-66.
- Van der Kolk, B.A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR, promises for a paradigm shift* New York: APA Press.
- Waite, W.L., Holder, M.D. (2003). Assessment of the emotional freedom technique. *Sci Rev Ment Health Pract*, **2(1)**, 1-10.
- Wang, E. (2017). Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine*, **173**, 1-8.
- Wells, S., Polglase, K., Andrews, H.B., Carrington, P., Baker, A.H. (2003). Evaluation of a meridian-based intervention, emotional freedom techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. *Journal of Clinical Psychology*, **59**, 943-66.
- WHO (World Health Organization) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, **24;2(8452)**, 436-7.
- WHO (World Health Organization) (1996). Care in Normal Birth: A Practical Guide. In Safe Motherhood. Geneva, Author, p:1-7.
- 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 Obstetric and Gynaecology*, **19**, 84-97.
- Wik, G., Fredrikson, M., Fischer, H. (1997). Evidence of altered cerebral blood-flow relationships in acute phobia. *International journal of neuroscience*, **91(3-4)**, 253-63.

- Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H., Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request—guidelines for counseling and treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **3(3)**, 99-106.
- Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. L., Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **115(3)**, 324-31.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Therapy*. New York: Pergamon Press. 2nd Ed. p:120-183.
- Wolpe, J., Wolpe, D. (1981). *Our useless fears*. Boston: Houghton Mifflin, p:48-61.
- Yağmur, Y., Çubuk, M.M. (2017). Kadınların doğum şekli tercihlerine sağlık eğitiminin etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6(1)**, 7-11.
- Yiğit, F., Ekşi., Z., Gürkan, Ö.C., Arslan, H. (2005). İntrapartum dönemde primipar kadınların yaşadıkları deneyimlerin kalitatif olarak incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, **8(8)**, 1-6.
- Yildirim, G., Sahin, N.H. (2004). The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Research and Management*, **9(4)**, 183-7.
- Zar, M., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, **30(2)**, 75-84.
- Zhang, Y., Feng, B., Xie, J.-P., Xu, F.-Z., Chen, J. (2011). Clinical study on treatment of the earthquake-caused post- traumatic stress disorder by cognitive behavior therapy and acupoint stimulation. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, **31(1)**, 60-63.

EKLER



EK 1. TANITICI ÖZELLİKLER VERİ FORMU

Bu çalışma gebelerin doğum korkusu ile ilgilidir. Bilimsel amaçla yapılan bu çalışmada sizlerin cevaplaması için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 10–15 dakikanızı alacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

1. Yaş :
2. Eğitim durumunuz
 1. () İlkokul
 2. () Ortaokul Lise
 3. () Üniversite
 4. () Yüksek lisans/doktora
3. Eşinizin eğitim durumu
 1. () İlkokul
 2. () Ortaokul Lise
 3. () Üniversite
 4. () Yüksek lisans/doktora
4. Sosyal güvenceniz var mı?
 1. () Evet
 2. () Hayır
5. Çalışıyor musunuz?
 1. () Evet
 2. () Hayır
6. Çalışıyorsanız mesleğinizi belirtiniz

7. Eşiniz çalışıyor mu?

1. () Evet

2. () Hayır

8. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. () Geliri giderinden az

2. () Geliri giderine denk

3. () Geliri giderinden fazla

9. Kaç yıllık evlisiniz?:.....

10. Gebelik sayısı

11. Düşük sayısı.....

12. Küretaj sayısı.....

13. Gebelik haftası

14. Boycm

15. Gebelik sürecinde kaç kilo aldınızkg

16. Şu anki kilonuzkg

17. BKİ

18. Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Evet ise günde kaç adet:.....

2. () Hayır

19. Alkol kullanıyor musunuz?

1. () Evet

2. () Hayır

20. Fobileriniz (korkularınız) var mıdır?

1. () Evet

2. () Hayır

21. Fobileriniz var ise belirtir misiniz?

1. () Kedi, köpek
2. () Böcek, örümcek, sinek
3. () Yükseklik
4. () Ölüm
5. () Hastalık
6. () Enjeksiyon, aşı olma
7. () Kapalı alanlar, asansör
8. Diğer, belirtiniz

22. Gebeliğiniz planlı mıydı?

1. () Evet
2. () Hayır

23. Gebeliğiniz kendiliğinden mi oldu tedavi ile mi?

1. () Kendiliğinden
2. () Tedavi ile ise yazınız

24. Gebelik sürecinde herhangi bir sağlık sorununuz oldu mu?

1. () Evet (Belirtiniz).....
2. () Hayır

25. Gebeliğiniz boyunca doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Evet ise sıklığı (kaç kere) :

26. Daha önce doğum yapan birini gördünüz mü?

1. () Evet
2. () Hayır

27. Yanıtınız evet ise nerede gördünüz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Bir yakınımın doğumuna girdim
2. () TV den izledim
3. () İnternette izledim
4. Diğer

28. Gebelik döneminde doğumla ilgili eğitim aldınız mı?

1. () Evet
2. () Hayır

29. Evet ise kimden eğitim aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Doktor
2. () Ebe
3. () Hemşire
4. () Doula
5. () Doğum psikoloğu
6. Diğer

30. Annenizin veya bir yakınınızın anlattığına göre, sizin doğumunuz nasıl geçmiş?
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Normal doğum
2. Sezaryen doğum
3. Zor, uzun süreli doğum
4. Kolay, hızlı doğum
5. Bilmiyorum

31. Doğumdan korkuyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

32. Korkuyorsanız sebebi nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Doğumda bebeğimin zarar görmesi
2. () Çok fazla ağrı yaşama
3. () Sezaryen doğumun gerekli olması
4. () Doğumda çaresiz kalma
5. () Bebeğin sağlıklı olmaması
6. () Doğum personeline (doktor, ebe, hemşire) güvenmeme
7. () Doğum kanalında yırtılma
8. () Doğum yapamayacağını düşünme
9. () Doğumda kullanılacak aletleri bilmeme
10. () Doğum anında panik yaşama kaygısı
11. () Kontrol kaybı yaşama kaygısı
12. () Doğum yaparken yalnız kalacağını düşünme
13. () Doğumun nasıl olacağını bilmeme
14. () Genital bölgede estetik kaygısı
15. Diğer.....

- 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 Kendine güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok
- IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?**

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

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

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

29 0 1 2 3 4 5
 Son derece 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 sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

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

0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

EK 3. WJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) B VERSİYONU

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken doğum kasılmalarınızın ve doğum eyleminizin size neler hissettirdiğini **hatırlayarak** duruma en uygun olan sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **deneymlediğiniz** doğum kasılmalarınızı ve doğum eyleminizi düşününüz, *hayal ettiğiniz şekli değil*.

I Doğum sancılarının ve doğumunuzun genel olarak nasıl olduğunu hatırlıyorsunuz?

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

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

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

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

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

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?

- 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

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?

- 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

V Bebeği doğurduğunuz anda nasıl hissettiniz?

27 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç keyif
 keyif verici verici değil

28 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 doğal doğal değil

29 0 1 2 3 4 5
 Tamamen olması Hiç olması gerektiği
 gerektiği gibi gibi değil

30 0 1 2 3 4 5
 Son derece Hiç
 tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

31 ... dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin öleceđine iliřkin dűřünceleriniz?

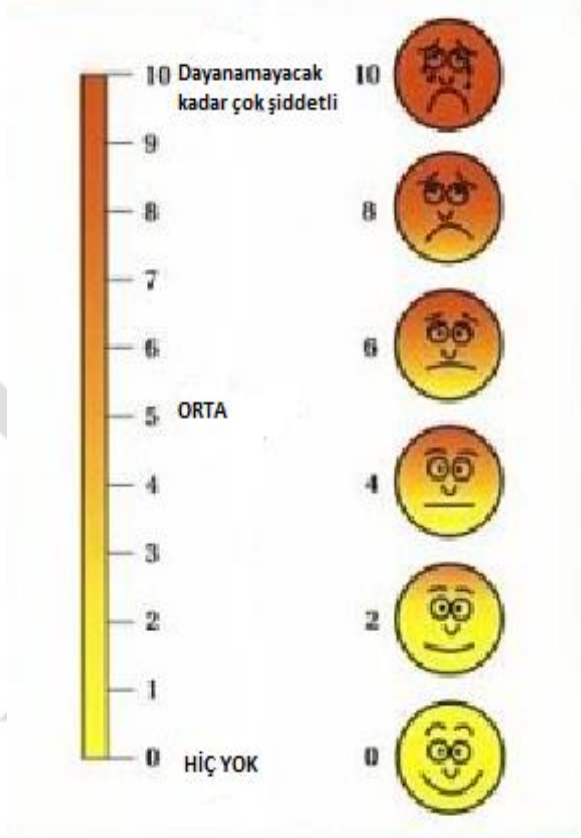
0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

32 ... dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin zarar görebileceđine iliřkin dűřünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
 Hiç Çok sık

EK 4. ÖZNEL RAHATSIZLIK BİRİMİ (SUD)

Doğum korkunuzu 0'dan 10'a kadar puanladığınızda kaç puan verirsiniz?
İşaretleyiniz. (0 hiç yok, 10 dayanamayacak kadar çok)



	Uygulama öncesi	Uygulama sonrası
Latent Faz		
Aktif Faz		
Geçiş Fazı		

EK 5. İNNATAL DEĞERLENDİRME FORMU

1.EVRE

LATENT FAZ (0-3cm)							AKTİF FAZ (4-10cm)							
Saat	Dilatasyon (0-10cm)	Başın İnişi*	Kontraksiyon Sayısı**	ÇKS	Amnios Sıvısı	Kan Basıncı	Saat	Dilatasyon (0-10cm)	Başın İnişi*	Kontraksiyon Sayısı**	ÇKS	Amnios Sıvısı	Kan Basıncı	Notlar
1.							1.							
2.							2.							
3.							3.							

Leopold Manevrası Bulguları: **Prezentasyon :** Baş () Makat () **Situsu:** Longitudinal () Transvers () Oblik ()

Başın İnişi :** (1,2,3,0,-1,-2,-3) *Kontraksiyon Sayısı :** 10 dak. içinde gelen ağrı sayısı , en az ve en yüksek ağrı süresi

Amnios Sıvısı : Kapalı, Açık, Mekonyumlu, EMR (Erken Memran Ruptürü)

<p>II. EVRE</p> <p>Doğum Saati : Başlangıç:</p> <p>Bitiş:</p> <p>Doğum Şekli :</p> <p>Fundal Basınç : Var () Yok ()</p> <p>Vakum : Var () Yok ()</p> <p>Epizyotomi: Var () Yok ()</p> <p>Perineal Yırtık: Var () Yok ()</p> <p>Servikal Yırtık: Var () Yok ()</p> <p><u>Uygulanan tedaviler :</u></p>	<p>NOTLAR</p>	<p>Yenidoğanın</p> <p>Cinsiyeti: Kız () Erkek ()</p> <p>Kilosu :</p> <p>Boyu :</p> <p>Baş Çevresi:</p> <p>Apgar Puanı : 1. dak. / 5.dak.</p> <p>Yoğun bakım ihtiyacı : aldı () almadı ()</p> <p>Anomali : Var ()..... Yok ()</p> <p><u>Emzirme ile ilgili notlar:</u></p> <p><u>Emzirdi mi?</u></p> <p><u>Anne bebek bağlanması:</u></p> <p>-Ten tene temas ()</p>	<p>NOTLAR</p>	<p>III.EVRE (Plasental evre)</p> <p>Plasentanın ayrılma süresi:</p> <p>() 10dak↓ () 11 - 20 dak () 21-30dak () 30 dak↑</p> <p>Plasentanın ayrılma belirtilerinin kontrolü ()</p> <p>Plasentanın doğurtulmasına yardım ()</p> <p>Plasentanın zar ve kotiledon kontrolü ()</p>
---	----------------------	--	----------------------	--

EK 6. DUYGUSAL ÖZGÜRLEŞME TEKNİĞİ UYGULAMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU

	EFT Uygulaması İle İlgili Anket Formu	EVET	HAYIR	KISMEN
1	EFT sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim.			
2	EFT uygulaması karmaşık bir teknik.			
3	EFT sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti.			
4	EFT uygulamasının hiçbir faydasını görmedim.			
5	EFT doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu.			
6	EFT uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu.			

EK 7. NEFES FARKINDALIĞI UYGULAMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU

	Nefes Farkındalığı Uygulaması İle İlgili Anket Formu	EVET	HAYIR	KISMEN
1	NF sonrasında doğum korkumun ve kaygılarımın azaldığını hissettim.			
2	NF uygulaması karmaşık bir teknik.			
3	NF sonrasında travay sürecim daha huzurlu devam etti.			
4	NF uygulamasının hiçbir faydasını görmedim.			
5	NF doğuma daha olumlu bakmama yardımcı oldu.			
6	NF uygulaması korkumu daha çok düşünmeme neden oldu.			

EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EFT GRUBU)

Sayın Katılımcı;

Adım Pınar IRMAK VURAL, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Gebelerde duygusal özgürleşme tekniği (EFT) kullanarak gebelerin korkusunu azaltmak amacıyla bir çalışma yapmaktayım.

Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 10–15 dakikanızı alacaktır. Size duygusal özgürleşme tekniğini (EFT) uygulayacağım. EFT, kişisel negatif duyguların ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıkların iyileştirilmesi sürecini kapsayan; akupresör noktalarına parmak uçlarıyla vuruşlar yaparak ve telkin cümleleriyle duygu bedenine (bilinçaltına) mesaj vererek uygulanan tamamlayıcı, integratif bir tekniktir. EFT vuruşları sırasında vücut doğal olarak Endorfin ve Serotonin hormonları salgılar. Uygulama ortalama 25-30 dakika sürecek olup, eğitimin katılımcıya herhangi bir maddi yükümlülüğü yoktur. Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olup ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutularak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (NEFES FARKINDALIĞI GRUBU)

Sayın Katılımcı;

Adım Pınar IRMAK VURAL, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Gebelerde Nefes farkındalığı uygulaması (NF) kullanarak gebelerin korkusunu azaltmak amacıyla bir çalışma yapmaktayım.

Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 10–15 dakikanızı alacaktır. Size nefes farkındalığını öğreteceğim. Gebelik döneminde nefes farkındalığı rahim ve plasentaya giden oksijen miktarını artırarak bebeğin sağlıklı büyümesine yardımcı olacaktır. Uygulama ortalama 15-20 dakika sürecek olup, eğitimin katılımcıya herhangi bir maddi yükümlülüğü yoktur. Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olup ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutularak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 10. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı;

Adım Pınar IRMAK VURAL, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Gebelerin doğum korkusunu belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayım.

Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları yanıtlamak ortalama 10–15 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olup ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutularak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 11. EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES SERTİFİKASI

Seri No: 20150619377

sertifikapress

“EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES SERTİFİKASI”
Sayın,

PINAR IRMAK VURAL

Kurumumuz tarafından aşağıdaki tarihler arasında düzenlenen
“EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES”
eğitim programını başarı ile tamamlamış,
işbu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

01.05.2015
Başlangıç :
01.07.2015
Bitiş :
Practitioner
Derecesi :

Bozdemir
Yrd.Doç.Dr.Bilal Semih BOZDEMİR
Yönetim Kurulu Başkanı



Bu sertifikayı doğrulamak için; <http://www.sertifikapress.com.tr>

EK 12. EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU KATILIM BELGESİ



EGE G-EBELİK VE DOĞUM KONGRESİ
2
"Gebelik Öncesinden Doğum Sonrasına"
 4-5-6 MAYIS 2016 | TEPEKULE KONGRE MERKEZİ
Katılım Belgesi

Sayın PINAR IRMAK VURAL

4-6 Mayıs 2016 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenen "2. EGE G-EBELİK ve DOĞUM KONGRESİ" kapsamında "EFT İLE DOĞUMA HAZIRLIK KURSU" na katılmıştır.

Prof. Dr. Neriman Soğukpınar
Kongre Eş Başkanı

Op. Dr. Kenan Ertopçu
Kongre Eş Başkanı

Ayşe Aksoç
Reiki Öğretmeni - EFT Uzmanı

EK 13. ETİK KURUL İZİNİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



E-İmzalıdır


Sayı :10840098-604.01.01-E.1101
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/07/2015

Sayın Pınar İrmak Vural

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Doğum Korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniğinin etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK tarafından 15.07.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://212.156.114.142/eimza/default.aspx?Code=2A1EE943XE>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU






BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniğinin etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Pınar Irmak Vural			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.07.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 372		Tarih: 14.07.2015			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5573
Konu : Etik Kurulu Hk.

19/04/2016

Sayın Pınar Irmak Vural

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.07.2015 tarihli 372 karar no ile onay verilen "Doğum korkusunu azaltmada duygusal özgürleşme tekniğinin etkisi" isimli çalışma başlığının "Doğum korkusunu azaltmada iki farklı teknik: duygusal özgürleşme ve nefes farkındalığı" olarak değiştirilmesi talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 19.04.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 3EE08C20XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

EK 14. ÖZEL MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ KURUM İZİNİ

Tarih ve Sayı: 29/07/2015-84791



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığı



Sayı :74311748-774.99-
Konu :Pınar Irmak Vural'ın Tez Çalışması

ÖZEL MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ MEDİKAL
DİREKTÖRLÜĞÜNE

Fakültemiz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ergül ASLAN'ın danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Pınar Irmak Vural'ın "Doğum Korkusunu Azaltmada Duygusal Özgürleşme Tekniğinin Etkisi" başlıklı çalışmayı Hastanenizde yapabilmesi için gerekli olan iznin verilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-İmzalı
Doç. Dr. Hülya KAYA
Dekan V.

DAĞITIM
ÖZEL MEDİPOL MEGA HASTANELER
KOMPLEKSİ MEDİKAL
DİREKTÖRLÜĞÜNE
ÖZEL NİSA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

uygundur

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELM4PB5P

Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli / İstanbul
Tel : (212) 224 26 18 - 27060 Fax : (212) 224 49 90
e-posta : iubilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Metin YILMAZ Dahili : 27115

EK 15. WIJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ) A VE B VERSİYONLARININ KULLANIM İZİNİ

Sayın Pınar IRMAK,

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (gebelikte doğum korkusu ve doğuma ilişkin beklentileri değerlendiren) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (doğum sonu dönemde deneyimleri değerlendiren) versiyonunu, geçerlik-güvenirlilik makaleleri ile birlikte gönderiyorum. Ölçekleri çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. W-DEQ A versiyonu 33 maddeli, W-DEQ B versiyonu ise faktör analizi sonucu bir maddeyi çıkardığımız için 32 maddelidir. Ölçek konusunda sormak istediğiniz bir şey olursa çekinmeden benimle bağlantıya geçebilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Ölçekle ilgili Bilgiler:

W-DEQ A versiyonu; kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Körükcü ve Kukulü tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, Split-half güvenirliği 0.91'dir.

Kaynak

Körükcü Ö, 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, 193-202.

W-DEQ B versiyonu; kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 160'dir. 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. Körükcü, Bulut ve Kukulü tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır.

Kaynak

Körükcü O, Bulut O, Kukulü K. (2014). Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. Health Care for Women International. 13:1-18.



Yrd.Doç.Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

EK 16. ÖZNEL RAHATSIZLIK BİRİMİ (SUD) KULLANIMINA İLİŞKİN İZİN MAİLİ

Outlook Posta

Yeni | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler

Kimden: Dawson Church <dawsonchurch@gmail.com>
Tarih: 27 01 2016 18:53 (GMT+02:00)
Alıcı: PINAR IRMAK <pinar.irmak@windowslive.com>
Konu: Re: about EFT survey from istanbul

Yes, feel free to ask any time.

I suggest continuing with EFT till the SUD is 3 or less. In fact, why don't you record SUD as an additional measure.

The easiest time for the pre-test would be when they're admitted to the hospital.

The best time for the post-test would probably be a day after birth, though the WDEQ-A might have a specified time, and your frame.

You are doing important work!

Thanks,
Dawson

On Wed, Jan 27, 2016 at 5:00 AM, PINAR IRMAK <pinar.irmak@windowslive.com> wrote:

Hi Dawson,
Thank you very much for your help and suggestions, so my survey planning will be better. Can I ask you again if I have questions and in addition to I want to know that birth for each phase (The latent phase, The Active phase, Transition Phase) continue to score or 0 (zero)?
Do you think, when we apply the pre and post tests you sent (how many hours after/before birth)?
I am reading carefully Energy Psychology journal, a good source of evidence-based surveys.

sincerely yours.

Phd. student Pinar IRMAK VURAL

Gönderildi: 23 Ocak 2016 Cumartesi 02:21
Kime: PINAR IRMAK
Konu: Re: about EFT survey from istanbul

Hi Pinar,

This is a fascinating topic for a study! I am so glad you are doing this!

I have several suggestions that will make the study stronger. There are 7 standards for a randomized controlled trial that you find by the American Psychological Association (APA). They are described on page 2 of the Clinical EFT Manual volume 1.

Number 6 is to use the manual. So please make sure that the person doing the EFT has a copy of *The EFT Manual* and uses it as described in the manual. It's exactly the same description of EFT as you'll find in the Mini Manual attached.

You can generate a randomization table at randomizer.org.

Who is the practitioner who will be doing the EFT? If you can find one who is certified, that's good, and it should not be the person gathering the data.

It is important to offer women in the control group a placebo treatment. I would suggest you use EFT's Setup Statement but have participants take a breath instead.

TEZ İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

DOĞUM KORKUSUNU AZALTMADA İKİ FARKLI TEKNİK
DUYGUSAL ÖZGÜRLEŞME VE NEFES FARKINDALIĞI

ORIJINALLIK RAPORU

% 11	% 7	% 5	% 4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 2
2	SEZGİN, Nilhan. "TEK OTURUMDA UYGULANAN DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİĞİ (EFT)'NİN YARATILAN STRES DURUMU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ", Ankara Üniversitesi, 2013. Yayın	% 1
3	Sercekus, Pinar. "Intervention for Fear of Childbirth: HypnoBirthing", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011. Yayın	% 1
4	Submitted to Istanbul Bilgi University Öğrenci Ödevi	% 1
5	www.kshddergisi.com İnternet Kaynağı	% 1
6	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1