

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak  
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya  
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;  
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

**( DOKTORA TEZİ )**

**ANTENATAL DÖNEMDE VERİLEN HİPNOBİRTH  
EĞİTİMİNİN DOĞUM AĞRISI VE KORKU ÜZERİNE  
ETKİSİ**

**FİLİZ YARICI ATIŞ**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. GÜLAY RATHFISCH**

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

**İSTANBUL-2016**

## 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 Filiz Yarıcı Atış tarafından Doç.Dr.Gülay Rathfisch danışmanlığında hazırlanan "Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 15 / 12 / 2016 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-Danışman**

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

  
**Jüri**

Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı

  
**Jüri**

Doç.Dr.İlkay Güngör  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

  
**Jüri**

Yard.Doç.Dr.Fatma Coşar Çetin  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**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 çalışmayla 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 olmadığı beyan ederim.

FİLİZ YARICI ATIŞ



## İTHAF

Bu çalışmayı canım kızım ARMİN'e ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince akademik ve bireysel gelişimime sağladığı katkıların yanı sıra gösterdiği sabır, özveri, anlayış, destek, harcadığı zaman ve emek için çok kıymetli hocam ve danışmanım Doç.Dr. Gülay RATHFİSCH'e,

Eğitimim sürecinde desteklerini esirgemeyen hocalarım, Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye, Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Doç. Dr. Ümran OSKAY'a ve tüm ana bilim dalı öğretim üyelerine, yaşamımda oldukları ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım Prof. Dr. Lale TAŞKIN'a, Doç. Dr. Sultan ALAN'a ve Yrd. Doç.Dr. Mine YURDAKUL'a,

Tüm yaşamım boyunca her anımda yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime ve can dostlarım Melike ÖZTÜRK'e, Gülvin KUTBAY'a ve Gülay HALİDİ'ye, Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye ve Burcu AVCIBAY VURGEÇ'e,

Anlayışı, ilgisi ve desteği için yol arkadaşım, eşim Soner ATIŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
GRAFİKLER LİSTESİ.....	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİİ
ÖZET .....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Doğal Doğuma Bakış.....	3
2.1.1. Doğal Doğum.....	3
2.1.2. Günümüze Kadar Değişen Yönleri ile Doğum Eylemi .....	5
2.1.2.1. İlk Çağlardan Günümüze Değişen Yönleri ile Doğum .....	6
2.1.3. Doğumun Fizyolojisi ve Doğum Ağrısı.....	8
2.1.3.1. Normal Doğum Fizyolojisi .....	8
2.1.3.2. Doğum Eyleminin Evreleri .....	8
2.1.3.3. Ağrı Mekanizması.....	10
2.1.3.4. Ağrı Teorileri .....	11
2.1.3.5. Doğum Ağrısı ile Birliktelik .....	11
2.1.3.6. Doğum Ağrısıyla Uyumlanmada Doğal Yöntemler .....	12
2.1.4. Doğal Doğum Yöntemleri.....	14
2.1.5. Dick Read Metodu .....	15
2.1.6. Lamaze Metodu.....	15
2.1.7. Bradley Metodu.....	16
2.1.8. Mongan Metodu, Hypnobirth Doğum .....	16
2.2. Hipnoz Uygulaması .....	16
2.2.1. Hipnoz ve Hipnoz Çeşitleri.....	17

2.2.2. Hipnoz Uygulamasının Tarihi.....	19
2.2.2.1. Mitolojik Dönem.....	20
2.2.2.2. Bilimselliğe Geçiş Dönemi .....	21
2.2.2.3. Bilimsel Dönem .....	22
2.2.3. Türkiye’de Hipnoz .....	23
2.2.4. Hipnozun Fizyolojisi.....	24
2.2.5. Hipnoz Uygulamasının Kullanım Alanları .....	24
2.2.5.1. Akut Ağrıda Hipnoz Kullanımı.....	25
2.2.5.2. Kronik Ağrıda Hipnoz Kullanımı: .....	25
2.2.5.3. İnvazif İşlem Ağrısında Hipnoz Kullanımı:.....	25
2.2.5.4. Kadın Hastalıkları ve Doğumda Hipnozun Yeri.....	26
2.3. Doğal Doğumda Hypnobirth (mongan metodu) Yöntemi .....	28
2.3.1. Hypnobirth Yönteminin Felsefesi .....	29
2.3.2. Korkunun Doğum Sürecine Etkileri .....	31
2.3.3. Doğum ve Korku.....	32
2.3.4. Korku ve Doğum Süreci .....	33
2.3.5. Zihnin Doğum Sürecindeki Rolü .....	34
2.3.6. Hypnobirth ile Doğumda Kullanılan Yöntemler .....	35
2.4. Hypnobirth Yönteminde Sağlık Ekibinin Yeri .....	39
2.4.1. Hemşirelik ve Ebelik Bakımı Uygulamalarında Hipnoz Yönteminin Kullanımı .....	39
2.4.2. Doğumda Hypnobirth Yönteminin Hemşire ve Ebelik Mesleğine Katkıları....	40
2.4.3. Doğumda Hypnobirth Yönteminin Sağlık Ekibi Açısından Etik ve Yasal Boyutları.....	42
2.4.4. Hipnoz Etiği .....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Araştırmanın Şekli .....	44
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	44
3.3. Verilerin Toplanması .....	51
3.3.1. Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2).....	51
3.3.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (W-DEQ) (Ek 3).....	52
3.3.3. Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4).....	52
3.3.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (W-DEQ) (Ek 5) .....	52



3.3.5. Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6).....	53
3.3.6. Çalılımanın Sınırlılıkları .....	53
3.3.7. Verilerin Değerlendirmesi.....	53
4. BULGULAR.....	54
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	55
4.2. Gebelerin Korku Algılarının Değerlendirilmesi .....	60
4.3. Gebelerin Ağrı Algılarının Değerlendirilmesi .....	67
4.4. Gebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarının Değerlendirilmesi .....	72
5. TARTIŞMA .....	89
KAYNAKLAR .....	98
FORMLAR .....	106
ETİK KURUL KARARI .....	126
ÖZGEÇMİŞ .....	128

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarında Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarında Obstetrik Öyküsünün Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.1.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsünün Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.2.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.2.2. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.2.3. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.2.4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.2.5. Gebelerin Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsüne Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.3.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde VAS Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.3.2. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri Göre Latent, Aktif ve Geçiş Fazının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.3.3. Gebelerin Obstetrik Değerlendirmelerine Göre Latent, Aktif ve Geçiş Fazının Karşılaştırılması.....	68
4. 4. Gebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarının Değerlendirilmesi.....	69
Tablo 4.3.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.4.2. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.4.4. Gebelerin Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsüne Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.4.5. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri.....	77

Tablo 4.4.6. Deney ve Kontrol Grubu Gebelerin Doğum Sonrası Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4.4.7. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmelerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.4.8. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	82
Tablo 4.4.9. Gebelerin Deney/Kontrol Grubuna Göre Doğum Sonrası Değerlendirmeler.....	83
Tablo 4.4.10. Ölçeklerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin İncelenmesi.....	85



## GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.4.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	57
Grafik 4.3.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde VAS Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
Grafik 4.2.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	69



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
M.Ö	Milattan Önce
M.S	Milattan Sonra
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
AMA	Amerikan Tıp Birliği
rCBF	Serebral Bölgesel Kan Akımı
EEG	Elektroansefalogramda
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
OSS	Otonom Sinir Sistemini
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
ISH	Uluslar arası Hipnoz Derneği
APGAR	Activity and muscle tone, Pulse, Grimace response, Appearance, Respiration

## ÖZET

Yarıcı Atış, F. (2016). Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı Ve Korku Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı.

Araştırmanın yapılacağı tarihler arasında Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma koşullarını sağlayan gebelerden kura sistemi (yazı-tura) ile yazı çıkan gebeler deney (30 gebe), tura çıkan gebeler kontrol (30 gebe) grubunu oluşturdu. İki aşamalı olarak yürütülen araştırmanın birinci aşaması gebelerin eğitimi, ikinci aşama ise doğum sürecinin başlamasıyla birlikte doğum sonuna kadar gebeye bakım ve destek verilmesini kapsamaktadır. Eğitim süresi dört hafta olup, toplam 12 saat eğitim verilmiştir. Eğitimlerini tamamlayıp doğumlarında destek olunan 30 gebe deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunda da 30 gebe araştırmaya dahil edilmiştir. Sezaryen doğum yapan, doğumunda indüksiyon uygulanan, doğumuna katılamayan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubu gebelere standart bakım uygulanmıştır.

Araştırmada, hypnobirth ile doğum yapan kadınların, kontrol grubuna göre doğum ağrılarının ve korkularının daha az olduğu, hypnobirth doğumun doğum ağrılarını ve korkuyu azalttığı tespit edildi ( $p<0,05$ ). Eğitim durumu ve ekonomik durumu yüksek olan gebelerin doğum ağrılarının daha düşük olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). Hipnobirth uygulanan kadınların tamamı bu yöntemin ağrıyı azalttığını ifade etmiştir. Deney grubu kadınların kontrol grubu kadınlara göre doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinin süresinin daha az, doğum müdahale oranının daha az ve ilk emzirmeye başlama zamanının daha kısa olduğu belirlendi.

Hypnobirt doğum yöntemi kadınlarda doğum ağrısının ve korkunun azalmasına katkı sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipnoz, Hipnozla Doğum, Doğal Doğum, Hypnobirt, Ebelik/hemşirelik bakımı

## ABSTRACT

YarıcıAtış, F. (2016). The impact (effect) of Hypnobirthing Training (Education) given in the Antenatal Period on Birth Pain and Fear. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Women's Health and Diseases Nursing Department. PhD Thesis. İstanbul.

The research was planned as a randomized controlled study with the aim of determining the effect of hypnobirthing training given during pregnancy on birth pain and fear.

Applicants were selected from the ones applied in the research process and were appropriate for the research requirements in Adana Gynecology and Pediatrics Hospital. Draw system (heads or tails) is used. Heads (30 pregnant) are selected as experimental group; tails (30 pregnant) are selected as control group. Research is continued as two phased. First stage includes pregnant education, second stage includes pregnant's care and support from the beginning of birth process until the end. Education process is 4 weeks and in total 12 hours. 30 pregnant who were supported and completed their education constitute the experimental group. Also 30 pregnant constitute control group as well. Pregnant who gave cesarean birth, gave birth with induction and the ones that researchers could not attend to their birth let out of this study. Standard care is serviced to control group pregnant.

In the study, it is found that women giving birth with hypnobirth felt less labor pain and fear than the women in the control group. It is determined that Hypnobirthing birth decreases the labor pain and fear ( $p < 0,05$ ). It is found that pregnant who are in better situation economically and well educated feel less pain than others ( $p < 0,05$ ). All of women applied Hypnobirth stated that this method decreases pain. Experimental group women's second and third phase of labor continues less than women in control group. Labor intervention ratio of experimental group is less than control group. Also, it is determined that their first breast feeding period is shorter than the control group.

Hypnobirthing method of labouring has contributed to the reduction of labour pain and fear in women.

**Keywords:** Hypnosis, Hypnotherapy birth, natural birth, hypnobirthing, midwifery/nursing care

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, kadın yaşamında gerçekleşen en eşsiz ve mucize deneyimlerden biridir. Gebelik sürecinde başlayan bu mucize eşler arasında sevinçle beklenirken, özellikle ilk gebeliklerde doğum şekli konusunda da endişeli bir bekleyiş vardır. Çünkü birçok çift hamilelik ve doğum konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Birde buna eş, dost, akrabanın kötü doğum hikâyeleri eklenince çiftler arasında bu süreç daha da zor bir hal alır. Bu tür kötü doğum deneyimlerinin kadınlar arasında paylaşılması, bir yandan da medyada ağırlı ve zor doğum görsellerinin kullanılması kadın zihninde doğum ve ağrının birlikte yaşanacağı duygusunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla doğumun ağırlı, kanlı ve korkutucu bir olay oluşuyla ilgili bu kötü imaj; gebelik süresince kadınların normal doğumla ilgili bu kötü deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların doğum tercihlerini etkilemektedir (1- 6).

Hipnobirth kişinin kendi gelişimi ve korkularından özgürleşmesi üzerine odaklı, rahat bir doğum için ön şart olan derin gevşemenin temel alındığı, rahat, sağlıklı, huzurlu ve bilinçli bir doğum yolunda kullanılan uluslararası bir doğuma hazırlık uygulamasıdır (7). Hipnobirth(HipnoDoğum ya da Mongan Metodu), bir doğum yönteminden çok bir doğal doğum felsefesidir. Bu felsefe yeni bir felsefe olmamakla birlikte, genlerde var olan fakat kazanılmış korkularla yabancılaşılan “doğal doğum” felsefesinin keşfedilmesinde de yol gösterici olmuştur (8). Mongan Metodu olarak da anılan hipnozla doğum günümüzde, doğum süreci ile ilgili eğitim, rahatlama teknikleri, hipnoz, görüntüleme, hafif dokunuş ve solunum yardımıyla bebeği itirme yöntemlerinin bir karışımından oluşur (9). Müfredat kapsamında her biri 3 saat uzunluğunda 4 ders bulunur (9).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), sezaryen doğum oranlarını %10-15 olarak göstermesine rağmen ülkemizde bu oran her yıl artmaktadır (10). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları(TNSA) 2008 verilerine göre, Türkiye’de doğumların %36.7’si sezaryen doğumla gerçekleşmişken, TNSA 2013 verilerine bakıldığında ise bu oran %50,4’e yükselmiştir (11, 12). Doğum korkusu ve önceden olumsuz deneyimler yaşama, kadınların doğum yöntemlerinin seçiminde etkili olmaktadır (13, 14, 15). Ayrıca kadınların doğum sırasında psikolojik ve fiziksel bakım açısından desteklenmesi memnuniyetlerini sağlamada anahtar rol oynamaktadır. Kadınların tutum ve inançlarının dikkate alınarak antenatal bakım verilmesi ve normal doğum konusunda



cesaretlendirilmeleri oldukça önemlidir (16). Amerika’da doğumlarla ilgili yapılan en kapsamlı çalışma “Anneleri Dinliyoruz II” raporudur. 2005-2006 yıllarında Hipnobirth yöntemi ile doğum yapan 596 gebenin verileri bu rapor sonuçları ile karşılaştırılmış ve Hipnobirth yöntemini uygulayan kadınlarda sezaryen ile doğum oranının %17 olduğu tespit edilmiştir. Yöntemi uygulayan tüm kadınlar bundan memnun olduklarını ifade etmişler, %94 gibi bir oranda doğumdan hemen sonra kendilerini sağlıklı hissettiklerini belirtmişlerdir (17, 18). Bir çalışmada kadınların gebelik süresince hipnoza yatkın oldukları ve bunun gebelik süresince rahatlama ve telkin etme açısından çok yarar sağladığı belirtilmiştir (19). Montgomery ve arkadaşlarının çalışmalarında ise Hipnobirth Doğum’un klinik açıdan faydalarının olabileceği ancak bunun ses kayıt cihazının yanı sıra doğum anında bir ebeinin ya da hipnoterapistin yönlendirmesiyle daha başarılı olacağını savunmuşlardır (20).

Sezaryen doğum oranlarının azaltılarak, toplumun normal doğuma teşvik edilmesi hem kadın sağlığı hem de ülke ekonomisine getirdiği maliyet açısından çok önemlidir. Kadının kendi doğumu için doğru tercihi yapması, prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım alması, alternatif doğum yöntemleri, doğum ağrısını giderme ve gevşeme egzersizleri konusunda yeterli danışmanlık hizmetinden yararlanması ile daha sağlıklı olacaktır (21). Hipnobirth tekniğinin antenatal dönemde gebelere öğretilmesi ile, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi sağlanması, baş etme stratejilerinin öğretilmesi, çiftlerin olumlu doğum deneyimini yaşamalarının sağlanması ile korku ağrı ve gerginlik döngüsü kırılmış olacaktır. Burada sağlık profesyonelleri tarafından verilecek antenatal bakım ve doğuma hazırlık sınıfları son derece önem kazanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğal Doğuma Bakış

Bir bebeği karşılamaya hazırlanmak, sadece hamilelik ve doğum süreci değil, yaşamın geri kalan kısmını da etkileyen mucizevi bir deneyimdir (7). Ebeveynlerin bu deneyimi yaşamaya hazırlanması sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir doğum eylemi yaşamaları anlamında önem teşkil eder. Çünkü doğum yaşam mucizesinde kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir (22). Çiftlerin doğumu fizyolojik bir süreç olarak kabul etmesi, kadının bedenine ve bebeğine güven duyması doğal doğum eylemini yaşamasını kolaylaştırır. Kadının kendi doğumu ile ilgili doğru tercihi yapması, prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım alması, alternatif doğum, doğum ağrısı ile uyum sağlama ve gevşeme teknikleri konusunda yeterli danışmanlık hizmetinden yararlanması ile mümkün olacaktır (6).

#### 2.1.1. Doğal Doğum

Doğal doğum birçok kişi tarafından farklı şekillerde tanımlansa da, literatürde en çok kabul gören tanımı, kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı bir doğum eylemidir (9). Ya da başka bir ifadeyle doğal doğum, mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır (23, 24). Kadınların birçoğu için doğal doğum, kendiliğinden başlayan, doğal ilerleyişinde kendi kontrolü altında doğum yapmaktır (9).

Doğal doğumun doğuşu aslında çok eskilere 1913'lere dayanır. 1913 yılında, Dr. Dick-Read stajyer bir kadın doğum doktoruyken, Londra'nın East End gecekondualarının ortasındaki White Chapel Bölgesi'nde, yoksulluğun hüküm sürdüğü mütevazı bir ortamda doğum yapan bir kadına yardım etmesi için çağrılır. Bisikletiyle yağmur çamur içinde yaptığı yolculuğun sonunda çağrıldığı eve gelir. Küçük bir daireye girdiğinde kadını loş bir odada, sızdıran çatıdan akan yağmur sularının içinde bulur. Kadının yüzüne maskeyi takıp kloroform vermek için izin ister ancak kadın bunu kabul etmez. Kloroformu ve maskeyi çantasına koyar ve geri çekilir. Kadının hafiften biraz daha güçlü nefeslerle bebeğini doğurmasını izler ve şaşırır. Kadın sakinlikle ve hiç gürültü yapmadan bebeğini doğurmuştur. Gitmeye hazırlanırken Dick-Read kadına

ağrıdan kurtulmayı neden reddettiğini sorar. Ancak kadın ona asla unutamayacağı bir cevap verir: Ağrımadı ki (7, 17).

Dick-Read hastaneye geri döndüğünde hastanede sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi daha yüksek kadınların doğumlarının güç olduğunu, kadınların ağrıyı çok yoğun yaşadıklarını gördükçe aklına hep o küçük barakadaki kadın gelir. Daha sonra 1.Dünya Savaşında hekimlik yaparken de birkaç normal doğuma şahitlik etmiş ve kadınların etraflarındaki savaşın farkında değil gibi sakinlikle doğum yapmalarına şaşırmişti. Bu olaylar Dick-Read’i doğum hakkında kendisine öğretilmiş olanlara karşı inancını sorgulamaya sevk eder. Bu sosyokültürel ve ekonomik açıdan düşük seviyedeki kadınların, daha kültürlü kadınlara karşı bebeklerini daha rahat doğurmalarını sağlayan, doğumlarına kattıkları şey neydi diye düşünür. Zamanla anlar ki, yanıt, sosyokültürel ve ekonomik açıdan düşük seviyedeki kadınların doğumlarına kattığı şeyde değil, aslında katmadıkları şeyde, yani “korku”da saklıdır (7). Bu deneyimlere dayanarak çalışmaya başlar ve 1920’lerde “Korku-Gerginlik-Ağrı Sendromu” adını verdiği kuramını geliştirir. Korkunun bedendeki, özellikle de rahimdeki gerginliğin nedeni olduğu ve o gerginliğin doğal doğurma sürecini engellediği, doğumu uzattığı ve ağrıya neden olduğunu savunan temel bir varsayım öne sürer. Daha sonra 1933 yılında fikirlerini daha belirgin hale getirerek, aslında beden için doğum için mükemmel şekilde donatılmış olduğunu ifade etmiştir (7, 17). Dick Read,1933’de yayınlanan “Korkusuz Doğum” kitabında; doğum ağrısını oluşturan nedenleri tartışmış, akıl ve bedeni iki kutup olarak ayırmış ve uzmanların ağrıyı anlamak ve önlemek için bu iki kutbu iyi incelemeleri gerektiğini ifade etmiştir. Dick Read’ e göre batıl inanç, uygarlık seviyesi ve kültür, kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden olup, doğumdaki anksiyete ve korkuların da oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir. Kadın daha en baştan ağrı duyacağını beklemekte ve bundan son derece korkmaktadır ve bu da doğal olarak bedende gerginlik yaratmaktadır. Korku, doğum sırasında bebek çıkımdayken direnci arttırır. Bu direnç ağrıya sebep olur çünkü korku ve gerginlik varsa ağrı ortaya çıkar (6, 23).

Hamilelik ve doğum eylemi bir hastalık değildir, aksine beden için doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyondur. Gereksiz yere yapılan her türlü müdahalenin doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine olumsuz etkileri vardır. Zaten doğal doğumu üstün kılan bu hormonların salgılanmasıdır. Bu hormonlar içinde en etkili olan iki hormon oksitosin ve endorfindir. Oksitosin uterusdaki kasılma etkileri ile doğumun

ilerlemesinden sorumlu hormondur. Yine doğumda etkili olan endorfin hormonu bedenin salgıladığı doğal bir ağrı kesicidir. Doğum anında kadın ve bebeği oksitosin ve endorfin hormonunun etkisindedir. Her bir kasılma doğum sürecindeki kadın için rehber olur. Artan şiddetteki kontraksiyonlara kadının yanıt olarak seçtiği pozisyonlar ve aktiviteler bebeğin doğum kanalına inmesini ve yerleşmesini sağlar. Doğum ilerledikçe ve ağrı arttıkça, endorfinler artan miktarlarda serbest bırakılır. Sonuç, tamamen doğal olarak ağrı algısında bir azalma olmasıdır. Yükselen endorfin düzeyi, aynı zamanda, düşüncenin mantıktan daha içgüdüsel alana kaymasına katkıda bulunur. Endorfinler gerçekte doğumda görevlerini yerine getirmesi için kadınlara yardım eden düş gibi bir durum yaratır. Kadının içinde bulunduğu bu düşsel durum, dış çevreden daha önemli hale gelir. Kadınlar kendi içgüdüleri ile doğum eyleminin ilerlemesi ve doğum ağrısı artması gibi olaylara daha fazla odaklanarak, bu eylemi bilge bir şekilde sonlandırabilir. Kadın öncelikle sahip olduğu içsel gücün etkisi ile birlikte sağlık profesyonelleri, eşi ve ailesinin desteği ile doğumdan korkmaz. Bu destekleyici takım, doğum tamamlanıncaya kadar kadının yanındadır ve onu rahatlatır (6, 9, 24).

Bilgi, özgüven, gevşeyebilme, nefes alma egzersizleri, enerjisini koruyabilme sanatı ile gebe kadına doğum eylemi sırasında bilinçli ve aktif rol oynama şansı verilerek, kadının kendisini ekibin bir parçası gibi hissetmesinin sağlanması doğal doğumda önemlidir. Anne olmanın sadece zevkinin değil aynı zamanda bu olayda aktif rol oynamanın da başarı ve tatmininin yaşatılması; aynı duyguları eşinde paylaşması çağdaş yaşamın gerekliliklerinden birisi olarak görülmektedir (25).

### **2.1.2. Günümüze Kadar Değişen Yönleri ile Doğum Eylemi**

Evrende var olan fizik, elektrik ve astronomi yasalarında olduğu gibi aslında doğum sürecinde sabit ve değişmeyen yasalar vardır. Bu yasalar temelde sevgiye, saygıya, şükür ve kabullenişe dayanmaktadır. Doğum olayına saygı duyulması, sevgiyle beklenilmesi ve her bir yaşanan anın kabulü evrenin bu temel yasalarının birbiriyle uyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Ve gebelik, doğum sürecinde doğanın enerjisi de kadının içindedir ve kadına başarılı ve huzurlu bir doğum süreci geçirmede rehberlik yapmaktadır. Aslında her bir doğum saflığın, sevginin ve beraberinde insanlığın doğumudur (9).

### 2.1.2.1. İlk Çağlardan Günümüze Değişen Yönleri ile Doğum

Asırlarca insanoğlu kendi oluşumunun devamlılığını sağlayan doğum eylemini dikkatle takip etmiş, deneme-yanılma ve deneme-öğrenme yöntemleri ile edinilen bilgi ve deneyimlerini gelecek kuşaklara aktarmıştır (22). Antik çağlarda, günlük yaşam aktivitelerinden dolayı kadınlar sürekli ayakta vakit geçirmekteydi. Çünkü o dönemde yaşam tarzı avcılık ve toplayıcılık üzerine kuruluydu. Dolayısıyla kadınlar gün boyunca dik pozisyonda, toprak üzerinde yürürdü. Günümüzde olduğu gibi kadınlar günlerini oturarak geçirmiyordu. Kadının beslenmesinde kimyasal ya da katkı maddesi bulunmazdı. Dolayısıyla doğumlar çok daha kolay gerçekleşiyordu (9).

Milattan Önce(M.Ö.) 3000 li yıllarda, kadınlar hayat veren olarak değer görüyordu. Doğumlar bir tören havasında geçiyordu. Herhangi bir komplikasyon olmadığı sürece kadınların bebeklerini doğal yoldan ve rahat doğurdukları görülmektedir. Hatta İncil de doğumun rahat, sevgi dolu bir eylem olarak geçtiğine dair pek çok örneği anlatılmaktadır. İsa'dan hemen önceki dönemde doğumların ve de İsa'nın doğumunun süresinin üç saatten az olduğuna dair ibareler bulunmaktadır (7, 9, 17). Ve bu dönemde inanılanın aksine doğum eyleminin kadının "lanet"i gibi bir ifadeye de rastlanmamaktadır (9, 17).

Cinsel ilişki ile gebe kalınması arasındaki ilişkinin farkında olunmadığı ilkel toplumlarda, kadın ve doğum eylemi çok saygı görmekteydi. Çünkü kadının istediği zaman gebe kalacağına inanılıyordu ve bu özelliğiyle de tanrıçalaştırılmaktaydı. Bir kadın doğurduğu zaman, herkes "hayatı kutlamak" için tapınakta onun etrafında toplanmakta ve doğumlar tören havasında geçmekteydi. Bu eski insanların tanrıça heykellerine dikkat edildiğinde şişmiş karınlara sahip, doğurmak üzere olan iri göğüslü kadın figürleri olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (7, 9, 17). Tıbbın ilk yıllarında ve erkeklerin liderliği aldığı ilk yıllarda da Yunan Tıp Okulu'nun liderleri Hipokrat ve Aristo'nun normal, komplikasyonsuz doğumlar hakkında yazdıkları yazılarda ağrı ve acıdan bahsetmedikleri görülmektedir. Hipokrat ve Aristo doğumda kadınların ihtiyaçlarının karşılanması ve destek olunması gerektiğini savunmuşlardır. Aristo zihin-beden ilişkisinden söz etmiş ve doğum sırasında derin gevşemenin önemini vurgulamıştır. Yunan Okulundan başka bir bilge adam Soranus'da Hipokrat ve Aristo'nun söylemlerini kitap haline getirmiş, o da doğumda acıdan bahsetmemiştir (17).

Milattan Sonra(M.S.) ikinci yüzyılın sonunda kadınlara, özellikle doğumda çok yarar sağlayan ebeler, şifacı bilge kadınlara karşı yaygın bir aşağılama başlatılmış, bu süreçte iyi konuma sahip birçok kadın idam edilmiştir. Liderler kadınların hem dinde hem de toplumdaki rolünü yeniden düzenlemiş, doğaya ve doğadan gelen güce inanan kadınları adeta yok etmiştir. Yasalar artık kadınların hamilelik sürecinde ayrı bir yerde tutulmasını ve doğumlarında yalnız ve desteksiz bırakılmasını istiyordu. Otorite kesin olarak papaz ve rahiplerin eline geçmiş, kadınlar baştan çıkararak kabul görmekte, hamileliğin kadının “bedensel günah”ı olduğu ve doğumu yaşayan bir kadının hizmeti hak etmediği kabul görmekteydi. Ebelik uygulamaları tamamen kaldırılmış, doğumda kadın desteksiz ve yalnız kalmıştı. Daha önceleri doğumda ağrıdan bahsedilmezken, doğum İncil’de “acı, üzüntü, ızdırıp veya azap” şeklinde çevriliyordu (9, 17).

Ülkemizde, kadın hastalıkları ve doğum konusunda Osmanlı Türk tıbbi kayıtlarına bakıldığında, 1386 yılında Amasya doğumlu ve Amasya Darüşşifası’nda 14 yıl hekimlik yapan Sabuncuoğlu Şerafettin adına rastlanmaktadır. Sabuncuoğlu tüm çalışmalarını Mücerrebname adlı eserinde toplamış ve eserleri incelendiğinde Sabuncuoğlu’nun geliştirdiği aletler ile özellikle ölü bebeklerin doğurtulmasına ve plesantanın çıkartılmasına yardımcı olduğu görülmektedir (9).

Soranus’un 16.yüzyılın başlarında kayıp yazıları tekrar ortaya çıkmış, gebelik ve doğum bilimi hakkında ilk kitap yazılmıştır. Böylece ebelik tekrar uygulanmaya başlamış ama yine hak ettiği değeri görmemiştir. Hatta Martin Luther “Eğer kadınlar yoruluyorsa, hatta ölüyorsa, bunun önemi yok. Bırakın çocuk doğururken ölsünler. Onların işi bu” demiştir. Yine Martin Luther’in ebeler için, Almandada “acının anneleri” anlamına gelen “WehMutters” sözcüğünü öne çıkardığı söylenmektedir (7, 9).

Rönesans’ın gelmesi ve bilginin yeniden doğuşu ile birlikte kloroform denilen anestezi madde ortaya çıkmıştı. Ancak bu maddenin doğumlarda kullanımı yasaktı. Doğumlarda kadınlara ağrı kesici verilmesi önerildiğinde New England Bakanı bunu yapmanın Tanrı’dan onların “derin, içten yardım çılgınlıkları” zevkini çalmak olacağını belirtmiştir (7). Kraliçe Victoria 1800’lü yılların sonunda doğum yaparken kendisine kloroform verilmesi için ısrar edince kadınlarında doğumda anesteziyi istemeleri için bir kapı açılmış oldu. Ancak bu durum Avrupa ve Amerika da son yıllara kadar devam eden başka bir talihsizliğe yani doğumların evden hastaneye taşınmasına sebep olmuştur. Çünkü ev şartlarında anestezi verilmesi güvenli değildi. Doğumların hastaneye taşınmasıyla eşlerde doğum sürecinden uzaklaştırılmış ve kadın, kendi

doğumu üzerindeki kontrolü kaybetmiş, birde üstüne hastane enfeksiyonuna maruz kalmıştır (7, 9, 17). Güvenli ve iyi bir tıbbi bakım almak için hastaneye gelen birçok gebe, lohusalık humması olarak adlandırılan enfeksiyona bağlı olarak ölmekteydi. Hastanedeki ölümler, doğum komplikasyonu yada tehlikesinden ziyade hijyen eksikliğinden ve diğer hastaların rahatsızlıklarının bulaşıcılığına maruz kalınmasındandı. Böylelikle ölümler artmış, doğum, ölüm ve korkuyla anılır olmuştu (7). Carnegie Trust 1913 yılında yaptığı çalışmada hastane ölümlerinin hijyen eksikliği ve bulaşıcı olduğuna dair raporunu sunmasının ardından, ilaçların ve anestezinin erkenden uygulanması tüm doğumlarda rutin uygulama olmuştur. Doğumda ağrının kaçınılmaz bir durum olduğuna inanıldığından, doğum eyleminin ilk evresinde yüksek doz ağrı kesiciler verilmiş ve bebek başı perineden görülür görülmezde genel anestezi uygulanmıştır. İlaç uygulaması, bebeğin doğum kanalına ilerlemesi için bazı aletlerin kullanılmasına sebep olmuş, böylelikle doğum sürecinde kadının rahatlatma ve sağlık profesyonellerinin de menfaatleri öne çıkmıştır (9).

### **2.1.3. Doğumun Fizyolojisi ve Doğum Ağrısı**

#### **2.1.3.1. Normal Doğum Fizyolojisi**

Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil bedeninin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur. Doğum, uterus kaslarının kasılarak bebeği doğum kanalına itmesi ve annenin ıkınması ile bebeğin vajinal yolla doğmasıdır (26).

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, servikal açılma ve silinmeye neden olan ve giderek sıklaşarak şiddeti artan kontraksiyonlarla beraber fetüs ve eklerinin dışarı atılması ile karakterize klinik bir süreçtir (27, 28).

#### **2.1.3.2. Doğum Eyleminin Evreleri**

Doğum eylemi birbirini takip eden dört evreden oluşmaktadır. Her bir evreye özgü olarak uterus ve serviksde birtakım değişiklikler gözlenir. Bir evrenin sağlıklı ve sorunsuz olarak geçmesi, diğer evre içinde yol gösterici olur (9).

**Birinci evre:** Birinci evre, gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Doğumun en uzun evresidir. Latent, aktif ve geçiş faz olmak üzere üç aşamada gerçekleşir (26, 28).

*Latent faz:* Düzenli uterus kontraksiyonlarının varlığı ile başlar. Serviksde, silinme tamamlandığında ve dilatasyon 2-4 cm'ye ulaştığında sonlanır. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dk' da bir gelip 15-20 saniye sürer. Bu fazda kadın ağrı ile uyum sağlayabilir (26, 27, 28).

*Aktif faz:* Servikal açıklık 5 cm olduğunda başlar, 10 cm'ye ulaştığında biter. Uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve şiddeti artar. Ağrının süresi 30-60 saniyedir. Fetüs doğum kanalından ilerler (28).

*Geçiş faz:* Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, 60-90 sn. sürer ve şiddeti artmıştır. Servikal dilatasyon tamamlanır. Fetüs hızla aşağıya iner. Baş aneje olmuştur. Dilatasyon 10 cm olduğunda, rektumda hissedilen basınç artar, ıkınma kontrolsüz gerçekleşir (26, 28).

**İkinci Evre;** İkinci evre, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar, bebeğin doğumu ile sonlanır. Kontraksiyonlar 1,5- 2 dakika sıklıkla gelir ve 60-90 saniye sürer. Bu dönem kadının aktif olarak doğuma katıldığı bir dönemdir. İkinci evrede de gebede ıkıntılı ağrı başlar. Defekasyon yapma hissi vardır, perine bombeleşir, amniyon kesesi yırtılır, dilatasyon kanaması artar, bulantı kusma görülebilir. Gebe sinirli ve huzursuzdur, ağlayabilir. Bu dönemde kadının ıkınması süreyi kısaltır (22, 28).

**Üçüncü Evre;** Eylemin üçüncü evresi, bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 30 dk ile 45 dk arasında gerçekleşir. Placenta çıktıktan sonra tam olup olmadığı kontrol edilir. Rahim içinde placenta parçası kalırsa kanama ve enfeksiyona sebep olur. Üçüncü evredeki kanama miktarı 200-300 ml'dir. Placenta tam olarak ayrıldıktan sonra kadının mutlaka kanama kontrolü yapılmalıdır (22, 27, 28, 29).

**Dördüncü evre;** eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik süreci içerir. İyileşme evresi olup, anne ve yenidoğan için kritik bir evredir. Bu evre, anne bebek arasında ilişkilerin ilk kurulduğu süreç olması bakımından emzirme içinde mükemmel bir dönemdir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu normale dönmüştür. Bu evrede uterus kasılmaya devam eder ve abdomenin ortasında palpe edilir. Anne susamış veya acıkmış olabilir. Fiziki yorgunluğa bağlı titreme görülebilir. Bu dönemde kanama kontrolü çok önemlidir, özellikle idrar çıkışı kontrol edilmeli, atoni yönünden dikkat edilmelidir (22, 28).



### 2.1.3.3. Ağrı Mekanizması

Ağrı insanlık tarihi kadar eski bir terimdir (22). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP,InternationalAssociationforTheStudy of Pain) ağrıyı; “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim ve bir korunma mekanizması” olarak tanımlamaktadır (30).

Doğumun ağrıyla olan ilişkisi, yüzyıllardır bilim insanlarının ve filozofların dikkatini çekmiş ve tıp literatürüne bakıldığında, büyük bir kısmı hastalıklardaki ağrı ile ilgilenmiştir (9). Doğum eylemi, bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından birisidir. Doğum ağrısı bireysel olarak değerlendirildiğinde fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri çevreler. Bu kültür; inançları, ailenin ve toplumun standartlarının yanı sıra aynı zamanda sağlık bakım sistemi ve sistemin uygulanmasını da içerir. Bebeğin doğumu, yaşamın en pozitif olaylarından biri olduğu için buradaki ağrının doğası hastalık, rahatsızlık, travma, cerrahi ve tıbbi işlemler sonucu oluşan ağrıdan farklıdır (6, 23, 25, 31).

Geçmiş yıllardan beri doğum ağrılarında anestezi, tedavi araçlarının bir parçası olmuştur. Doğum ağrılarını bir şekilde kontrol altına alarak, doğumun sağlıklı bir şekilde ilerlemesi sağlanmaya çalışılmıştır. On dokuzuncu yüz yılda(19.yy) Sir James ve Simpson, doğum anesteziinde eter ve sonrada kloroform kullanmıştır. Rahipler ve diğer bazı meslektaşları bunlara karşı çıkmasına rağmen Amerika’da 1848 de Dr. Walter Channing obstetrik çalışmalarında eteri kullanmıştır (6, 23, 31). Kraliçe Victoria’nın 1853’de doğumunda kloroform kullanılması birçok eleştiriyi susturmuş ve bu olaydan sonra diğer kadınlarında doğum ağrılarını hafifletmek için ilaç kullanılmasına izin verilmiştir (9, 6, 23, 25, 31).

W. Williams 1926 da doğum ağrısını, genellikle sakral bölgeden başlayıp ve daha sonra abdomene ve yukarıya geçtiğini belirtmiştir. Doğum ağrısının erken evrelerde muhtemelen sinir uçları ile kas dokusu arasındaki basınçtan dolayı olduğunu ancak sonraki evrelerde yumuşak bölgelerde dilatasyon ve giderek artan gerilme nedeniyle, baş vulvayı gerdiğinde bariz hale geldiğini ifade etmiştir (6).

Ağrı ile ilgili bilgilerimizin çözümlenmesi için bilinçli varlıklar üzerinde gözlemler yapılması önemlidir. Çünkü bilinçli varlıklar tek başlarına duygularını tanımlayabilirler. Eğer bilinci ortadan kaldırabilirsek birçok yönden kişi ağrıyı

önemsemez dolayısıyla da direnç göstermez. Bilinç ortadan kalktığında ağrının nedenselliği ve de iticiliği de ortadan kalkmış olur (9).

#### 2.1.3.4. Ağrı Teorileri

Ağrı teorilerinden birisi kapı kontrol teorisidir. Bu teoriye göre; ağrı özelleşmiş nöral sistemlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Bu teoriye göre, spinal kordun dorsal boynuzu bir kapı fonksiyonu görerek, sinir impluslarının periferden santral sinir sistemine ulaşımını yada ulaşmamasını sağlar. Kapı mekanizması transmittent fibrinlerin büyüklüğünden ve beyinden gelen sinir impluslarından etkilenmektedir. Müzik, masaj, dokunma, hayal kurma gibi dikkati dağıtan yöntemlerin spinal korda bulunan kapıyı kapatıp ağrı sinyallerinin beyine ulaşmasını engelleyerek ağrıyı azalttığı düşünülmektedir (28).

Ağrı algılanmasının kültürel olarak farklılıklar gösterdiği düşünülse de, eylemde ağrıya sebep olan fizyolojik faktörlerde bulunmaktadır (22, 28). *Eylemin birinci evresinde ağrı;* servikal dilatasyona, kontraksiyon sırasında uterusu oluşturan hipoksiye, uterusun alt segmentindeki gerilmeye ve komşu dokulara olan baskıya bağlı gelişmektedir (28). Ağrı, karnın alt tarafında çoğunlukla da pelvis kemiğinin ortasında hissedilir. Kasılmalar genellikle 10-30 saniye süren ve adet kramplarına benzer özellikte başlar ve eylemin ilerlemesiyle ağrının şiddeti ve süresi uzar (9). *Eylemin ikinci evresinde ağrı;* uterus kaslarında meydana gelen hipoksi, vajen ve perinenin genişlemesi, fetüsün perineye yaptığı baskı ve çevre dokularda meydana gelen genişlemeye bağlı olarak ortaya çıkar (28). Geçiş evresi olarak da tanımlanan bu aşama, birçok kadın için diğer evrelere göre çok daha şiddetlidir. Bu evre, rasyonel/düşünen zihni devre dışı bırakmanın yanı sıra tam bir teslimiyet gerektirir. Bazı kadınlar eylemin bu evresinde beden dışı bir deneyim yaşadıklarını ifade etmektedirler (9). *Eylemin üçüncü evresinde ağrı;* uterus kontraksiyonlarına ve plesantanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişir (28).

#### 2.1.3.5. Doğum Ağrısı ile Birliktelik

Geçmiş deneyimlerin nasıl hatırlandığı ya da eylemdeki ağrıyı nasıl etkilediğini ölçmek güçtür. Ancak birçok gebe için doğum ağrısı korkutucudur ve ihtiyaç duydukları destek ise kaçınılmazdır. Sağlık profesyonelleri olarak gebeye bu süreçte uygulanacak girişimlerin niteliği ve etkinliği gebenin ağrıyla uyumlanması konusunda

yol gösterici olması bakımından son derece önemlidir. Gelişen teknoloji, değişen kültürel yaklaşımlar doğum ağrısının daha detaylı incelenerek oluşumuna sebep olan mekanizmaları çözmeye olanak sağlamıştır. Araştırmaların temelinde, ağrının bu sürecin doğal bir parçası olduğunun kabulü kadar ağrı çekmeye engel olmanın da mümkün olduğu fikri hakim olmuştur (32).

Doğum ağrısını hafifletmede ya da ağrının algılanışını azaltmada farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak iki farklı yöntem kullanılmakta olup her biri farklı avantaj ve dezavantajlara sahiptirler. Farmakolojik yöntemler yan etkileri, uygulama sınırlılıkları, kadın üzerinde olduğu kadar fetüs üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle daha fazla dikkat ve maliyet gerektirmelerine rağmen ağrıyı gidermede daha etkilidir (32, 33). Doğum ağrısı ile uyumlanmada giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri ise düşük maliyet, uygulama kolaylığı, olumsuz etkilerinin az ya da hiç olmaması gibi avantajlara sahiptir. Gebenin aktif olarak eyleme katılıyor olması ve hatta çevresindeki destek kişilerin de bu sürece katılmasına olanak sağlaması bu yöntemlerin kabul görmelerini kolaylaştırmaktadır (32).

#### **2.1.3.6. Doğum Ağrısıyla Uyumlanmada Doğal Yöntemler**

Kadının ve doğum destekçisinin eylem sırasında uterus kasılmalarına nasıl uyumlanacağını ve de bedenini nasıl kontrol edebileceğini bilmesi uterin kasılmaların daha rahat ve nazik geçirmesini sağlar. Böylece doğum süreciyle uyumlu bir kadın, ağrısını daha az hissedebilecektir.

**2.1.3.6.1. Nefes Alma:** Doğum ağrısıyla uyumlanmada nefes almak son derece önemlidir (9). Nefes kadının dikkatini ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Doğru kullanıldığı zaman annenin ağrı eşiği yükselir, gevşer ve böylelikle uteroplental dolaşım sağlanarak doğum ağrısıyla uyumlanma sağlanır (32). Birçok kadın içgüdüsel olarak doğum eyleminde nefesini kontrol edebilecek yetenektir. Burada önemli olan kadının nefesini doğru alması ve kasılma anında nefesini tutmaması için doğru desteklenmesidir. Bu durumda yavaşça ve nazikçe kadının omuzlarına, yüzüne dokunarak kaslarını gevşek bırakması ve nefes alıp vermeye odaklanması hususunda desteklenmesi sağlanmalıdır (9).

**2.1.3.6.2. Gevşeme:** Doğum ağrıları bir kadının deneyimlediği en derin fiziksel değişikliklerdendir. Çünkü doğum başlı başına büyük fiziksel bir değişimi içerir. Bu

bağlamda unutulmaması gereken tek şey doğum ağrıları başa çıkmaya çalışılan bir durum değil aksine uyumlanmayı gerektirir. Doğum eyleminde kadın, kendi iç dünyasıyla baş başa kalmasına izin verilirse ağrıyı bir sorun olarak görmek yerine ağrı ile uyumlanma deneyimini yaşar. Gevşemeyi sağlamak ve ağrıya toleransı artırmak için, kasılmalar sırasında kadın zihninde bu durumu bir okyanus dalgası gibi düşünmeye teşvik edilebilir (9).

**2.1.3.6.3. Hayal Kurma:** Kasılma anında kadına destek olan kişinin kadının hayal kurmasına yardımcı olacak sözcükleri söylemesi, kadının zihninde pozitif hayaller kurarak ağrıdan uzaklaşmasını sağlar. Böylece, vücudun oksitosin ve endorfin hormonunu üretmesi artar, doğum eyleminin ilerlemesini engelleyen hormon olan adrenalinin üretilmesi de engellenmiş olur (7, 9).

**2.1.3.6.4. Masaj:** Bu uygulama vücudu rahatlatma ve dinlendirme için doğumun tüm evrelerinde yapılan bir uygulamadır. Doğum eylemi sürecinde özellikle bel, kol ve bacaklarda aşağı, yukarı yumuşak ve hafif ritmik dokunuşları içerir. Özellikle aktif evrede ellere, ayaklara, omuzlara ve bel bölgesine masajların yapılması etkilidir (9, 32).

**2.1.3.6.5. Pozisyon Değiştirme:** Pozisyon değişikliği ve hareket doğum ağrıları ile uyumlanmada kullanılan bir etkili bir yöntemdir. Uygulanan pozisyonlar kültürlerle ve zamana göre değişiklik göstermişse de geçmişten günümüze eylem sürecinde kadınlar farklı pozisyonlar tercih etmişlerdir. Özellikle ayakta dikey pozisyon ve diz çökme/çömelme pozisyonu halen günümüzde de kullanılan doğum pozisyonlarıdır (32). El diz pozisyonu, doğum topu üzerinde oturmak, sandalye üzerinde öne doğru eğilmek, ya da bir kişiye, duvara mobilyaya doğru eğilmek gibi pozisyonlar özellikle bel ağrılarında ve bebeğin pozisyonunu değiştirmesine yardımcı olmak için denenebilir (9).

**2.1.3.6.6. Suyun Etkisinden Yararlanma:** Son yıllarda özellikle Avrupada popülaritesinde artış görülen suda doğum, kadının karnını suyun altında bırakacak şekilde ılık su içine girilmesi esasına dayanır. Suyun sıcaklığının 35.6- 36.7 derece arasında olmasına özen gösterilmelidir. Ancak sürekli fetal monitörizasyon ya da ağır mekonyum gibi bir durum söz konusu ise uygun değildir (32). Doğum eyleminde su içinde bulunan kadınlar, rahatladıklarını ve kendilerine huzur verdiğini ifade etmektedirler. Günümüzde hemen hemen her hastanede duş imkanı vardır. Sandalye, top ya da tabure üzerine otururken ya da el diz pozisyonundayken duş almakta aynı

rahatlığı sağlayabilir. Özellikle geçiş evresinde sırt, omuz, yüz, bacak ve de kollara sıcak ya da soğuk petler konulması kadını rahatlatır (9).

**2.1.3.6.7. Beslenme:** Doğum eylemi süresince genellikle sindirim yavaşlar ve kadın kasılmalarına odaklanarak acıktığını hissetmez. Kişi açken adrenalin salgılanır ve artan adrenalin doğum eyleminin en kıymetli iki hormonu olan oksitosin ve endorfin salgılanmasını baskılar. Onun için de eylem sürecinde kadının enerjisini koruyabilmesi ve aç kalmaması için ihtiyaç duyduğu katı ve sıvı gıdalara izin verilmesi çok önemlidir. Doğum eyleminde çok fazla yağlı, baharatlı yada katı gıdalar yerine kadın için en iyi atıştırılabilir ballı çubuk ya da çiğnemeyi çok gerektirmeyen muz gibi yiyecekler seçilebilir (7, 9).

**2.1.3.6.8. Doğum Sesleri Çıkarmak:** Kadınlar doğum eyleminde sese karşı oldukça duyarlıdır. Birçok sağlık profesyoneli ya da doğumda kadının yanında bulunanlar kadına bağırması yönünde tembih ederler. Oysaki ses çıkarma ve inleme ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan uygulamalardan biridir. Özellikle doğumun güç zamanlarında kadınlar, ses çıkararak rahatlamaya çalışırlar. Bu durum kadının ağrıdan korktuğundan değil tam aksine kendi bedenine dikkatini yöneltmiş olmasındandır (32). Doğum eyleminde bağırma, ağlamak, gülmek ya da çığlık atmak kadının kendisini serbest bırakmasını sağlayabilir. Bağırma ve ağlamadan önce kadınlar kasılmaları çok ağrı verici hissederken, gözyaşlarını bıraktıklarında ağrı algısı da azalmaya başlar (9).

**2.1.3.6.9. Pozitif Bir Dil Kullanmak:** Kullandığımız kelime ve sözcüklerin günlük deneyimlerimiz ve inançlarımız üzerinde mucizevi etkileri vardır. Doğum sürecinde kadına destek olacak kişi ya da sağlık profesyonelinin kullandığı dil bu bağlamda çok önemlidir. Çünkü kullandığımız sözcüklerin eyleme dönüşen gücü, enerjisi hatta titreşimleri vardır (7). Kadın kendisine cesaret veren ve sevgi dolu cümlelerle bedenine ve bebeğine güvenir ve cesareti artar. Örneğin, “seni seviyorum”, “güvendesin” “harikasın”, “seninle gurur duyuyorum” gibi destekleyici kelime ve sözcükler kadına güvende olduğunu ve sakin olması gerekliliği hususunda destek olur (9).

#### **2.1.4. Doğal Doğum Yöntemleri**

Doğal doğum kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde, mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Böylelikle aktif olan tüm doğal hormonlar,

anne ve bebeğini doğuma en sağlıklı biçimde hazırlamaktadır. Doğal bir doğumda sağlık profesyonelleri izleyici olup, sağlık kontrollerini yapma dışında ihtiyaç olmadıkça başka bir müdahalede bulunmamalıdır. Çünkü gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur (6, 9). Birçok kadın için doğal doğum manevi yada ruhsal bir yolculuğa geçiştir. Doğal doğumun kadının dini inançlarıyla örtüştüğü de görülmektedir (9).

### **2.1.5. Dick Read Metodu**

İngiliz obstetrisyen Grantly Dick-Read Londra'da Whitechapel'de tıp eğitimini almıştır. Dick Read anneliği "tüm deneyimlerin ötesinde güzel ve ağrısız bir doğum" olarak tanımlamıştır. 1913 yılında Londra'da kloroform almadan sessiz bir şekilde kendi doğumu yapan kadının doğumunu izlemiş ve bu deneyim onu derinden etkilemiştir. Bu deneyim sonrasında doğum hakkında öğrendiklerini tekrar sorgulamaya başlamış, yaptığı çalışmalar sonucunda korku olmadığı zaman ağrının da olmadığını fark ederek, 1920'lerde korku-gerginlik-ağrı kuramını tanımlamıştır. Dick Read yönteminde, anne adayının doğum korkularından kurtulması ve içinde var olan doğum yapma güdülerini keşfetmesi için derin gevşemenin önemini vurgular. Eğitim programında ağrı, doğum, beslenme, hijyen ve egzersizler hakkında danışmanlık sunulurken aynı zamanda fiziksel egzersiz, bilinçli gevşeme ve solunum uygulamaları ile sürecin daha rahat tamamlanması sağlanmış olur (7, 22, 34, 35).

### **2.1.6. Lamaze Metodu**

Lamaze yöntemi 1951 yılında, Fransız Dr.Fernand Lamaze tarafından geliştirilmiştir. Doğumun tamamen doğal bir süreç olduğunu savunan Lamaze Rus Bilim İnsanı Ivan Pavlov'un klasik şartlanma çalışmasından esinlenmiş ve ağrının şartlanmış bir tepki olduğunu savunmuştur. Günümüzde Lamaze normal doğumu desteklemekte ve kadınların bebeklerini normal doğurma yeteneklerini kabul etmektedir. Kadınlar bağırarak ya da kontrolü kaybetmek yerine, gevşeme ve solunum egzersizleriyle ağrı yönetimini sağlayabilirler. Lamaze göre kadınlar doğum ağrıları sırasında kendilerini kasma yerine gevşetebilir ve bilinçli nefes almayla kendilerini kontrol edebilirlerse, doğum süreçleri daha kısalmaya ve ağrı düzeyleri azalabilir. Modern Lamaze metodu kadınlara, yapmayı zaten bildikleri şeyi; yani doğumu içgüdülerine güvenerek gerçekleştirmeleri yönünde destek sağlar. Lamaze eğitimlerinin 12 saati,

gebelik ve doğum esnasında rahatlama ve konfor, aynı zamanda annenin ve bebeğin doğum sonu ihtiyaçlarının karşılanması ve emzirmeye yönelik bilgilendirme amacı taşıyan farklı konu başlıklarını içermektedir (9, 22, 34, 36).

### **2.1.7. Bradley Metodu**

Amerikalı obstetrisyen Robert Bradley tarafından hayvanların doğumlarından esinlenerek ortaya çıkan, 12 hafta süren bir eğitim modelidir. Bradley Metodu, çifti doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınarak normal ve doğal yollardan hazırlamayı hedefleyen bir modeldir. Bu yöntem solunum kontrolü, abdominal solunum ve genel vücut rahatlığını destekler. Aynı zamanda doğum ortamının sessiz, sakin ve loş olması gerektiği konusunda görüş bildiren bir otorite olmuştur. Bradley, Doğum Koçluğu kavramını tanımlayarak, gebelerini ve eşlerini doğuma ilişkin planlamalar ve çevresel faktörlerde belirleyici olma konusunda teşvik ederek, gerektiğinde onlara danışmanlık hizmeti vermeyi öngörmüştür. Bradley Metodu sadece eşin koçluğu üzerine odaklanmaz; aynı zamanda doğumun eşler arasında paylaşılan bir deneyim olması üzerinde de durur. Gevşemede beyin-beden arasındaki ilişkiyi vurgular (9, 22, 34, 37).

### **2.1.8. Mongan Metodu, Hypnobirth Doğum**

Kırk yıla yakın çalışma ve özel ilginin bir ürünü olan Mongan Metodu, 1990 yıllarının başında hipnotist Maria Mongan tarafından geliştirilmiştir. Hypnobirth doğum metodu, doğum süreciyle ilgili eğitim, rahatlama teknikleri, hipnoz, görüntüleme, hafif dokunuş ve solunum yardımıyla bebeği itirme tekniklerinin karışımından oluşur (7, 9). Müfredat kapsamında her biri 3 saat uzunluğunda 4 ders bulunur ve eğitmenlerin HypnoBirthing International'dan eğitim ve sertifika sahibi olması şartı aranır (9). HypnoBirthing yönteminin temel ilkesi çocuk doğurmanın kadınlar için normal, doğal ve sağlıklı bir işlev olduğudur. Mongan bu yöntemi, Dr. Grantly Dick-Read'in korku-gerginlik-acı kuramına dayalı olarak geliştirmiştir. HypnoBirthing yöntemi doğumda korkularından arınmış ve gevşemiş olan bir kadının acı duymayacağı, mutlu ve huzurlu bir doğum yaşayacağı esasına dayanmaktadır (7, 17).

## **2.2. Hipnoz Uygulaması**

İnsanlık tarihi kadar eski bir olay olan hipnoz, insanlığın gelişmesine paralel olarak ilk çağlardan beri büyü, sihir, keramet ve dini ayinler gibi çeşitli aşamalardan geçmiştir

(41). Hipnoz herkesin ürkerek baktığı, “spiro” denilen “Tanrısal Ruh” ve tanrısal olaylarla ilgili bir kavram değildir. “Psiko” adı verilen insanın beş duyusuyla ilgili, tamamen bilimsel temele dayalı bir kavramdır. Uzun yıllar “spekülatif” kalmasına rağmen, yaklaşık iki yüz elli yıldır hipnoz üzerine bilimsel kanıta dayalı çalışmalar sürdürülmektedir. Bu çalışmalar sonucunda, günümüzde hipnoz bilimsel anlamda kısmen tanımlanmışsa da daha birçok yönden açığa çıkarılmayı beklemektedir (42).

### 2.2.1. Hipnoz ve Hipnoz Çeşitleri

Hipnoz, bireyleri ruhsal bunalımlarından, bunların neden olduğu alışkanlıklardan ve bedensel rahatsızlıklardan kurtarmak amacı ile uzun yıllardır kullanılan bir tedavi yöntemidir. Yönteme inanmak ve şikâyetlerinden kurtulmak istemek, hastanın telkine yatkınlığı ve de tedaviyi uygulayana güven tedavinin ana koşuludur (43).

Hipnoz kelimesi ilk olarak 1843 yılında Braid tarafından kullanılmıştır. Daha sonraki yıllarda da popüler hale gelmiştir. Hipnoz, “bir uyku şeklidir”, “yapay bir uyurgezerlik halidir”, “telkinle dikkatin odaklandırılıp yoğunlaştırılmasıdır” gibi birçok şekilde tanımlamaları vardır. Dr. Franz Mesmer hipnozu, “uygulayan kişiden, hipnotize edilen kişiye geçen büyük bir güç” olarak tanımlamıştır. Littre 1863 yılında hipnozu, “deneğin gözleri yakınında tutulan parlak bir cisme baktırılarak elde edilen bir çeşit manyetik durum” olarak tanımlamıştır. Porot ise 1952 yılında, “yapay olarak özel tipte ve tam olmayan bir uyku hali” hali olarak tanımlamıştır (41). İngiltere Tıp Cemiyeti hipnozun tıp alanında kullanılmasıyla ilgili olarak yaptığı çalışma sonucunda hipnozu, bireyde meydana gelen değiştirilmiş algının geçici durumu, olasılıkla birçok değişik olgunun kendiliğinden veya sözel ve diğer uyaranlara yanıt olarak başka biri tarafından meydana getirilmesi hali, olarak tanımlamıştır. Amerikan Tıp Birliği(AMA) ise, hipnozu, kritik faktörün aşılması ve kabul edilebilir seçici bir düşüncenin kurulması ve kalıcı hale getirilmesi olarak iki aşamalı şekilde tarif etmiştir (42). Türk dil kurumu ise hipnozu, “Sözle, bakışla, telkin yapılarak meydana getirilen bir çeşit uyku hali ki, bu halde uyuyan kimse (denek), uyutanın etki ve telkinlerine açık, fakat dış dünyanın başka etkilerine karşı kapalıdır.” şeklinde tarif etmektedir (44).

Hipnoz bir uyku hali değildir. Kişi dışarıdan gelen uyarılara karşı bilinci kapalıymış gibi duyarsız ve aldırmazlık içinde hiç yanıt vermez buna karşın hipnoz yapan kişiye artmış bir uyanıklık içindedir. Dinler, anlar hatta yargılar ve yanıt verir. Hipnozda gönüllülük esastır ve hiç kimse isteği dışında zorla hipnoza sokulamaz (45).



Hipnoz bilinçaltına etki ederek; semptomu baskılar, semptomu değiştirir, aşırı stresi ortadan kaldırır. Kişi hipnoz sayesinde yeni alışkanlık kazanabilir, hayal ettirir, kişi kendisini nasıl görmek istiyorsa öyle görür. Hipnozla kişi çoğul kişilik geliştirebilir, dikkat ve hafıza çok güçlenebileceği gibi, aşırı zayıf haleden gelebilir. Zaman algılaması dramatik bir biçimde değişebilir. Verilen telkinle saatler saniye veya aylar geçti gibi algılatılabilir. Hipnozun etkili olma nedeni, kendi kendine gerçekleşen bir olgu olması ve en temel ihtiyaçlara karşılık verebilmesidir (42).

Hipnozda ana kural, bilinçaltına ulaşmak ve fizyolojik yanılsamalardan faydalanmaktır. Bunun için beş duyumumuzda elverişlidir. Bu yüzden hipnoz seansında, hipnoza alınacak kişi hangi duyusunu daha iyi kullanıyorsa o duyusunu harekete geçirecek telkinler kullanılabilir. Bireyler öğrenme yeteneklerine göre; görsel, işitsel ve de dokunsal öğrenme yeteneğinde olanlar olarak sınıflandırılabilir (42).

- Görsel öğrenme yeteneğine sahip olan bireyler; genellikle hızlı konuşurlar, aykırı olmaya meyilli olurlar. Görerek öğrenme süreçleri çok hızlıdır ve genellikle yaşamlarında çok düzenlidirler. Kurallara uymayı severler ve kolay motive olurlar. Bu kişilerin göz testi uygulamalarında, “nerede olmak istersen orayı düşün” dediği zaman yukarı doğru bakarlar. Bu kişilere hipnoz sırasında görsel imajların verilmesi daha etkili olur.
- İşitsel öğrenme yeteneğine sahip bireyler; iyi duyarlar, isim ve ses hafızaları gelişmiştir. Sesli okumaktan hoşlanırlar, konuşmaları ritmik, ahenkli ve düzenlidir. Kelime dağarcıkları geniştir, güzel ve etkileyici konuşurlar. Sohbeti ve tartışmayı severler. Fakat çok sesli ve gürültülü ortamlarda rahatsız olurlar. Telkinde her türlü sesteki etkilenirler. Göz testinde ileriye doğru bakarlar. Bu kişilere hipnoz sırasında, uygulayıcının anlatarak yönlendireceği imajlar verilmesi daha uygundur.
- Dokunsal ve duyuşsal öğrenme yeteneğine sahip bireyler; genellikle duygusal kişilerdir. Konuşurken el ve kollarını çok kullanırlar. Yeniliklere açıktır, çevresindeki nesnelere dokunmaktan ayrı bir zevk alır. Yavaş ve tek düze konuşurlar. Hareketli ve dağınıktırlar. Plan ve programlara pek uymazlar. Göz testinde genellikle aşağıya doğru bakarlar. Bu kişilerde hipnoz uygulaması sırasında kol veya omzuna dokunularak güven ilişkisinin kurulması ve imaj verilirken yeni şeyleri denemesi istenirse daha uygun olur (42).

Başlıca hipnoz çeşitleri şunlardır;

- 1) **Spontan hipnoz:** bireyin farkına varmadan kendiliğinden oluşan hipnoz şeklidir. Örneğin, uzun yolda giderken, yol çizgileri kişiyi hipnoza sokabilir. Ya da heyecanlı bir kitap okurken, maç izlerken ya da alışılmıştın dışında bir durum için erken kalkması gereken bir durumda kişinin saat çalmadan aynı saatlerde uyanması da sayılabilir (42, 43).
- 2) **Oto hipnoz:** kazanılmış bir özelliktir, kişinin başkasına ihtiyaç duymaksızın kendi kendine yaptığı hipnozdur. Burada kişi hem etken hem de edilen durumdadır. Oto hipnozla kişi kendi kendine ağrılarını dindirebilir ya da hastalık tedavilerinde kişinin doktoruna yardımcı olması sağlanabilir. Örneğin, doktorun hastasına telefon ya da televizyon aracılığı ile “sağ(veya sol) elini hafifçe yumruk yapması ve bu esnada üç derin nefes alarak gözlerini kapatması” istenir. Daha sonra hastaya kendi sorunu yönünde kendi kendine telkin yapması söylenir (41, 42, 46).
- 3) **Kimyasal Hipnoz:** Hipnotik madde ve ilaçlarla elde edilen hipnozdur. Daha çok preanestezik veya premedikasyonda kullanılır. Bu ilaçlar kişide uyku hali oluşturur. Hipnotik trans oluşturmak değil, hipnoza karşı direnci kırmak için uygulanır. Bu ilaçlar uzun süre askeri alanda ve istihbarat örgütlerinde kullanılmıştır (42, 46).
- 4) **Sublüninal Hipnoz:** Genelde reklamcılıkta ve siyasi alanda kullanılan hipnoz tipidir. Kişilerin farkına varmadan bilinçaltına yapılan telkinler olarak tanımlanabilir. Örneğin, televizyon izlerken televizyonun alt karesinde çıkan “kola, mısır” gibi yiyeceklerin zihinde yeme algısı oluşturduğu ve firmaların satışlarını artırdığı yönünde çalışmalar sunulmuştur (42).

### 2.2.2. Hipnoz Uygulamasının Tarihi

Hipnoz’un Tanrılar üzerinde bile etkisi olduğu söylenmektedir. Ana Tanrılardan Hera, Çanakkale yöresindeki İda dağında Zeus ile sevişmek ister. Ancak Hera, Zeus tarafından reddedilmiştir. Bunun üzerine Hipnoz’dan Zeus’u uyutmasını ister. Zeus’da yarı uykuda iken Hera’nın arzularına boyun eğer. Hipnoz kelimesi ilk defa Yunan Mitolojisi’ndeki bu anlatımdan esinlenen İngiliz doktor Braid tarafından kullanılmıştır (46).

Yunan Mitolojisi'nin Uyku Tanrısı Hipnoz, Gece'nin oğlu ve Ölüm'ün (Thanatos) kardeşidir. Kardeşi ile birlikte Hades'in Ölüler Diyarı'nda yaşar. Kanatlı bir genç şeklinde tasvir edilen Hipnoz, yorgun insanların alınlarına sihirli değneği ile değerek veya karanlık kanatları ile yelpazeleyerek ya da bir boynuzdan, insanların üzerine bir toz dökerek onlara uyku verir. Hipnoz'un oğullarından biri, Rüyalar Tanrısı Morpheus'dur (46).

### 2.2.2.1. Mitolojik Dönem

Bir kişinin başka bir kişinin bedenine ve ruhuna etki edebilmesi düşüncesi, inancı ve uygulaması çok eski tarihlere dayanmaktadır (42). Eski zamanlarda insanlar sihirlerin, büyülerin, unutmaya yüzüklerinin, aşk macunlarının, muskaların, falların yönlendirdiği bir yaşamı kabullenmişlerdi. Bu olgularla baş edebilmek için büyü bulunmuş ve yüzyıllar boyu sihirsel bir güç olarak kullanılmıştır. Bu nedenle de münecimler, büyücüler, falcılar, şifacılar, medyumlar çevreleri tarafından çok itibar görmüş ve itibarlarını günümüze kadar da taşımıştır (41).

Bilinen en eski uygulamaların “Şaman” inancına sahip Eski Orta Asya yaşayanlarına ait olduğu söylenir. Şaman kültürünü oluşturan dini törenlerde, ölümlerin arkasından yapılan ayinlerde, diğer özel günlerde yapılan kutlamalarda “Kam” adı verilen büyücü hekimler değişik müzik ve danslar eşliğinde transa girer, aynı zamanda diğer izleyicileri de hipnoza benzer bu etkiye sokarlarmış. Şamanlar kendilerine özgü teknikleriyle hastalara, ruhlarının göklere yükseldiğini ve canın bedenden ayrıldığını hissettiren birer trans ustalarıymış. Bu tip tören ve ayinler zamanla, Çin, Hint, Tibet ve hatta Mısır uygarlıklarına geçtiği bilinmektedir (42).

Telkin ve şifa verme Aztekler'de, Budizm'de, Brahmanizm'de, Eski Mısır ve Yunan'daki “uyku tapınaklarında” kullanılmıştır. M.Ö 5000 yıllarına kadar uzanan geçmişte, Mısır'daki İsis ve Serapik uyku tapınakları aynı amaç için kullanılmıştır (41, 42). Dünya henüz buzul devrindeyken, Orta Asya'nın kuzeyinden Amerika'ya göçen ilk insanların buraya yerleştikten sonra benzer törenler yaptıklarına dair kayıtlar bulunmaktadır (42). Avusturalya'da yaşayan Aborjin yerlilerinin şifa verici manyetik el paslarını kullandıkları bilinmektedir. Madrilere kabilenin tarihini ezberletmek için trans durumunu kullanmışlardır (41).

Mitolojik dönemde bütün bu törenlerin ortak özelliği, eski dönem insanların, hastalıkların metafizik güçlerin etkisinden kaynaklandığına olan inançlarıdır. Ruhsal

hastalığı olan kişilerin içine kötü ruh veya cin girdiği kabul edilir ve Kam, büyücü ya da rahip tarafından ayin yönetilerek, müzik, trans, hipnoz, tütsü, çeşitli dans gibi şeylerle kötü ruhların kişinin bedeninden ayrılması sağlanırdı. Monoton bir ritim ile birlikte, varlığın tepkisine göre hızlı, yavaş hareketlerle, yumuşak veya sert, ikna edici sözlerle, şarkı ve müzikle tedavi tamamlanırdı (42).

### 2.2.2.2. Bilimselliğe Geçiş Dönemi

Özellikle Eski Yunan medeniyetinde, hipnozla ilgili birçok MİT(efsane) yer almaktadır. Bunların birçoğu da Yunan Tanrıları ile ilgilidir. Yunan Mitolojisine göre “HYPNOSE”, gece tanrısı “NYKES” in oğludur. Babasız olarak dünyaya gelmiştir. Hypnose, ölümler diyarı ve yer altı tanrısı “Hades” gibi yer altında yaşar, tüm uyku ve düş tanrılarının olduğu gibi kanatları vardı. Bir efsaneye göre aşık olduğu ENDYMİON’a gözleri açık uyuyabilmesi için bir yetenek vermişti, çünkü devamlı olarak aşık olduğu kızın gözlerine bakmak istiyordu. Hypnose, tüm canlılara uyku veriyordu. Hatta Hera(Zeus’un karısı)’nın isteği üzerine tanrılar tanrısı Zeus’u bile uyuttuğu bilinmektedir (42).

Eski yunan tapınaklarında hipnoz biliniyor ve din adamlarınca şifa verici ve etkileyici olarak yaygın bir şekilde kullanılmıştır (41). O dönemdeki inanca göre, hastalıkların öç alan bir tanrı tarafından gönderildiğine inanılıyordu (42). Sokrates, genç bir şifacıya giderek baş ağrılarını iyileştirmesini istemiştir. Şifacı onun bu isteğini kabul etmiş, okuyup üflemiş, büyüler yapmış ama bu arada şifalı bitkiler de kullanmasını da sağlamıştır. Eski rahipler, tedavi telkinlerini hastalarına görünmeden duvarlara açılmış küçük deliklerden onların kulaklarına mırıldanarak yaparlarmış. Platon telkin gücünün simgesi sayılan “ikna” sözcüğünü ilk kez tanımlamış ve onu, “yumuşak, tekdüze bir söz” olarak ifade etmiştir (41).

M.Ö.4.yüzyılda Bergama’da bulunan “Akslepion” kültürü kayıtlarına bakıldığında hipnozla tedavi yönteminin kurumsallaştığı görülmektedir. Akslepion “Sağlık ve Hekimlik Tanrısı”dır ve Apollon’un oğludur. Akslepion tapınağında “rüya iyileştirmesi yöntemi” ne göre hazırlanmış özel uyku odaları bulunmaktaydı (42). Hastalar tapınağa ayak basmadan belirli bir temizlik töreni yapılırdı. Abdest almaktan biraz farklı ama benzer bir temizlenme yöntemi kullanılmaktaydı. Tapınağın her dönemecinde vücudun farklı bir bölgesi temizleniyor ve adım adım ilerleniyordu. Daha sonra iki günlük perhiz ve oruç süresi başlıyordu. Bunu bir sürü banyolar, çeşitli

merhemler ve kremlerle yapılan masajlar, tütsüler, yeniden yıkanmalar ve güzel kokular izliyordu. Tapınakta şifa bulanların yazıtları sergileniyor ve böylelikle beklenti artırılıyordu. Böyle süren 3-5 günün sonunda tedavi süreci başlıyordu. Hasta önce bir kurban kesiyor, sonra tekrardan şifalı sularla yıkıyor ve uzun bir tünelden geçiyordu. Tünelden geçerken “konuşma boruları”ndan hastaya sesleniliyor ve uyku sırasında tanrının ona doğru yolu göstereceği fısıldanıyordu (41). Akslepionlar dünyanın bilinen ilk hastaneleri olarak görev yapan, sağlık koruma yurtlarıydı. Burada telkin hastalıkların iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktaydı. Hastalar ne şekilde iyileşeceklerini rüyalarında görebiliyordu. Bu nedenle Akslepion’daki her şey kutsal kabul edilmekteydi. Akslepion elinde yılanın sarılı olduğu bir asa tutan, hafif göbekli bir adam olarak resmedilmiştir. Hıristiyanlık döneminde, okullarında ünlü doktorların yetiştirildiği ve birçok hastanın şifa bulduğu sağlık yurtları ve şifa merkezleri açılmıştır. Bunların kapılarında da “buraya ölüm giremez” şeklinde bir yazı asılmıştır (42).

### **2.2.2.3. Bilimsel Dönem**

Bilimsel anlamda hipnozun başlangıcı 1765 yılında Franz Antoine Mesmer(1734-1815)in “Yıldızların ve Gezegenlerin İnsan Üzerindeki Etkileri” adlı doktora tezinin kabulü ile başlar. Mesmer tezinde, insanların yıldızların etkisi altında yaşadığını, vücutlarında manyetik bir sıvının bulunduğunu ve manyetik sıvı akışında ki bozulmaların hastalıklara sebep olduğunu bildirmiştir. Modern hipnoz Mesmer’in bu çalışmasına dayandırılarak, bu fikir hipnoz tarihinde milat olarak kabul edilir (41, 42, 46). Mesmer’in bu teorisi garip karşılanabilir, ancak unutulmamalıdır ki o senelerde sadece tek hücreli canlılar incelenmiş, bunların hastalık etkeni olabileceği hatta yoktan var olamayacakları dahi kanıtlanmamıştı. O zaman ki ilmi düşünceye göre, bal arıları ölü bir dananın boynuzlarından, tarla fareleri de nehirlerin çamurlarından meydana gelebilirdi (46).

Marquis de Puysegur 1784 yılında, o zamana kadar bilinmeyen bir fenomeni gözlemlemiş, manyetize ettiği bir hastası uyurgezerlik göstererek kendisine itaat ediyordu. Bu fenomenin keşfi ile manyetizm tarihinde yeni bir çığır açılmış oluyordu. Manyetizm üzerinde tartışmaların devam ettiği bu yıllarda anestezi de cerrahide kullanılmaya başlanmıştı. Recamier 1821 yılında Fransa’da, Claquet 1829’da ağrısız ameliyatlara yaparken, Qudet 1837’de telkin edilmiş bir hastanın dişini çekerek literatüre girmiştir (43, 46). İngiltere’de 1841 yılında Dr.James Braid, Lafontain isimli ünlü bir

manyetizmacının seanslarını incelemiş ve manyetik halin göz sinirlerinin yorulmasından kaynaklanan uyku olduğunu öne sürmüştür. Bu buluş manyetizmanın sonu ve hipnotizma devrinin başlangıcı olmuştur (43). Bauer ve Sigmund Freud 1885’de, “Hipnotik Yaş Geriletme Yöntemi”ni histerik semptomları tedavi etmek için kullanmışlardır. Bilinç dışı belirleyicilerle, bilinç düzeyindeki semptomlar arasındaki ilişkiyi gösteren teorilerini geliştirmişlerdir. Carter ve Turner isimli İngiliz Diş Hekimleri,1890’da hipnoanestezi altında kendi ülkelerindeki ilk diş çekimlerini gerçekleştirmişlerdir. Freud 1900’de psikolojide önemli yeri olan, hipnoz tekniğini kullanarak psikiyatrik hastaları tedavi etmeye başlamıştır. Pierre Janet 1907’de, hafızanın bölümlerden oluştuğunu, tüm bilgilerin bilinçaltında değişmeden saklandığını, hipnozla bu bilgilere ulaşılabileceğini ileri sürerek “Bilinçdışı Modeli”ni ortaya atmıştır. Stanford 1950 yılında, “Hipnoza Yatkinlik Skalası”nı geliştirmiş, 1955 de İngiltere’de, 1957’de Amerika’da hipnozun genel tıp ve diş hekimliğinde kullanılabileceğine dair yasa çıkarılmıştır (42).

### **2.2.3. Türkiye’de Hipnoz**

Osmanlı döneminde Nevm-i sinai adıyla hipnozun bilindiği, hatta Süleymaniye Kütüphanesi’nde bu konudan bahseden el yazması kitap bulunmaktadır (41). Türkiye’de hipnoz 1935 yıllarında Cemil Sena Ongun tarafından Pierre Janet(Ruhi Mucizeler)’nin kitabından yapılan tercüme ile başlamıştır. Daha sonraları 1946 yıllarında Dr. Bedri Ruhselman’ın bu konudaki yayınlarına rastlanmaktadır (42). İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Mektebi’nde 1951’de D.D.Watson hipnoanestezi altında ülkemizdeki ilk diş çekimini gerçekleştirmiştir (43). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde “Hipnotizma” adlı tezi ile Dr. Recep Doksat, hipnozu bir ilmi çalışma olarak üniversiteye duyurmuş, 1960 yılında alanında ilk uzmanlık tezi ünvanını almıştır (42, 43). Diş hekimi Turan Cengiz 1967’de “hipnodonti” konulu ilk doktora tezini vermiştir. Op.Dr.Hüsnü İsmet Öztürk(1914-1979), Türkiye’de ilk “Bilinçli Hipnoz” ekolünü kurmuş ve geliştirmiştir. Bu teknikle 200 den fazla kişiye ameliyat sırasında hipnoanestezi uygulamış, 2000 den fazla hastayı da bu bilinçli hipnoz tekniğiyle tedavi etmiştir. Bugün bilinçli hipnoz yöntemi, Ali Eşref Müezzinoğlu ve arkadaşları tarafından devam ettirilmekte ve geliştirilmektedir. Klasik hipnoz uygulayan Psikiyatrist Dr. Tahir Özakkaş, kurmuş olduğu psikiyatri gruplarıyla ve verdiği seminerlerle

hipnoza büyük katkılar sağlamaktadır. Ülkemizde 1991 yılında kurulan Tıbbi Hipnoz Derneği, halen çalışmalarını başarıyla sürdürmektedir (42, 43).

#### **2.2.4. Hipnozun Fizyolojisi**

Hipnozun fizyolojisini açıklayan çalışmalar, hipnozun sadece derin bir gevşeme olmadığını bildirilmiştir. Hipnoz sırasında serebral bölgesel kan akımı (rCBF) inferiorfrontalgiruslar ve oksipital korteksin bazı alanlarında, Elektroansefalogramda (EEG) delta aktivitesinde artışların olduğunu ve kişiye ağırlı uyaran verilince de delta aktivitesinde azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (48, 49, 50). Ağrıyı azaltma telkinleri verildiğinde ise sol frontal lobda rCBF arttığı, oksipital lobdaki rCBF’de artış ve EEG deki delta artışı görülmüştür. Bu artış, görsel canlandırma ve uyanıklıkta azalma ile birlikte bilinç değişikliğini yansıtmaktadır. Telkinlerle frontal lobdaki rCBF artışı ise zihnin çalışmasıyla beraber algılama deneyimini de kapsayan değişikliği göstermektedir (48, 50).

Sonuç olarak görüntüleme ve elektrofizyolojik çalışmalar göstermiştir ki hipnoz etkisi altında spinal ve supraspinal ağrı yollarında değişiklikler olmaktadır. Çünkü telkinler ve dikkatin yoğunlaşması, ağrı algılamasıyla beraber ağrı yolağını ölçülebilir bir şekilde de değiştirmektedir (48).

#### **2.2.5. Hipnoz Uygulamasının Kullanım Alanları**

Hipnoz tedavi yöntemi olarak tıp, psikiyatri, psikoloji, diş hekimliği gibi alanlarda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Tıpta, özellikle anestezi yerine kullanılan vakalarda başarılı sonuçlar verdiği görülmüştür. Anestezi kullanımının kontrendike olduğu durumlarda, doğumda, kanser gibi dayanılmaz ağrıları olan hastalarda, hipertansiyon, aşırı yeme isteği, psikomatik hastalıkların tedavisinde yararlı sonuçlar almaya olanak sağlar. Savaş nevrozu gibi bozuklukların ve özellikle depresyon ve stresin neden olduğu kötü sonuçları önlemede de hipnoz etkili olarak kullanılmaktadır (41).

Bilindiği üzere alışkanlıklar, kişinin topluma uyumunun sağlanmasında etken role sahiptir. Kötü alışkanlıklar(sigara, alkol, tırnak yeme, uyuşturucu...gibi) kişilerin toplumdan izole ve uyum sorunları yaşamasına neden olur. Hipnoz bu tür rahatsızlıkların giderilmesinde kullanılmakta ve özellikle zararlı alışkanlıklardan kurtulma noktasında etkin sonuçlar verdiği gözlenmiştir (41, 43).

### **2.2.5.1. Akut Ağrıda Hipnoz Kullanımı**

Literatürde kemik iliği aspirasyonu, yanık pansumanı, invaziv cerrahi işlemler gibi genellikle planlanmış tıbbi girişimler sırasında hipnoz kullanıldığı görülmektedir(51). Bu çalışmalarda hipnozun ağrıda belirgin azalma yarattığı, ağrı süresinde %50 azalma görüldüğü bildirilmiştir (48, 52). Fakat bu çalışmalarda hipnotik girişimlerin standardizasyonunun olmaması, küçük örneklem sayısı ve uzun dönem takip eksikliği gibi çok sayıda boşluk vardır (52).

İrritabl barsak sendromu olan 81 hastada normal tıbbi tedavilerine ek olarak 3 seans hipnoz uygulanarak tedavileri takip edilmiş bir çalışmada sadece genel bakım yapılan kontrol grubuna göre hipnoz grubunda ağrıda daha fazla iyileşme saptanmış ve daha az ilaç tedavisine başvurulduğu bildirilmiştir (48, 53). Yine nonkardiyak göğüs ağrısında hipnoz ve destekleyici tedavinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmiş, hipnoz grubunda %80, kontrol grubunda %23 hastada iyileşme saptanmıştır (54). Jensen ve arkadaşlarının multipl sklerozlu 22 hastada yaptığı bir çalışmada 10 seans self hipnoz eğitimi veya 10 seans ilerleyici kas gevşeme eğitimi verilmiş, hipnoz grubunda şikayetlerin daha fazla azaldığı görülmüştür (55).

Montgomery'nin 2002 yılında 1624 cerrahi hastasında yardımcı tedavi olarak hipnozun etkinliğini araştırmış, sonuç olarak hipnoz grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha memnun oldukları bulunmuştur (48, 55).

### **2.2.5.2. Kronik Ağrıda Hipnoz Kullanımı:**

Her zaman kronik ağrıda fizyolojik bir sebep tariflenemeyebilir. Bu ağrılarda bazen duygusal ve psikolojik boyutu da mevcut olup tedaviye direnç gösterebilir. Baş ağrısı, bel ağrısı, artrit, kanser ağrısı gibi kronik ağrılarda hipnozun etkinliği araştırılmış, ağrıyla ilişkili sonuçların sayısında genellikle azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada hipnoz ve telkine yatkın kişilerde tedavi koşullarına bakmaksızın iyileşme izlendiği bildirilmiştir (56).

### **2.2.5.3. İnvazif İşlem Ağrısında Hipnoz Kullanımı:**

Lang ve arkadaşlarının 241 invaziv vasküler ve renal girişimsel işlem yapılan hastada, işlem ağrısı için self hipnozun etkinliğini araştırmış, ağrı ve anksiyete de azalma görüldüğü, işlem süresinin daha kısaldığını bildirmişlerdir(57). Yine yapılan



benzer çalışmalarda, hipnotik analjeziyi etkileyen faktörler arasında hipnoza yatkınlığın önemli olduğu ve bununla beraber motivasyonun da tedavi sürecinde olumlu yönde etkili olduğu bildirilmiştir (58, 59).

#### 2.2.5.4. Kadın Hastalıkları ve Doğumda Hipnozun Yeri

Tedaviye yönelik hipnoz uygulamalarının yaklaşık %25'i kadın hastalıkları ve doğumla ilgili alanı kapsamaktadır (42, 43). Daha genç kızlıktan başlayarak menopozla sonuçlanan pek çok sorunun tedavisinde hipnoz başarı ile uygulanmaktadır (43). Bu amaçla hipnoz;

- **Koitus korkusu:** Ülkemizde var olan örf ve adetlere göre ilk koitus evlendiğinde ya da evlilikten sonraki günlerde yaşanmaktadır. Bu konuda sorun yaşayan çiftler profesyonel bir yardım almak yerine geleneksel hocalara gitmeyi tercih etmektedirler. Konu ile ilgili tam bir veri olmamasına rağmen, koitus ilk gece %99 sağlanmaktadır. Geriye kalan %1'inde ise kızlık zarı, vajen anomalileri, acı veya kanama korkusuyla koitus gerçekleşmemektedir. Anatomik bozukluklar için cerrahi uygulama yapılabilir ancak korku tabanlı sorunların giderilmesinde hipnoz başarı ile uygulanmaktadır (41, 43).
- **Psikoseksüel problemler:** Bu konuda sorun yaşayan kadınlar bunu ifade etmekten, paylaşmaktan genellikle çekinirler (41). Bu hastalarda öncelikle bir kadın doğum uzmanı tarafından kadının muayene edilmesi şarttır. Gerekli tedavileri yapılmasına rağmen kişide iyileşme sağlanamamışsa hipnoterapi tedavisi uygulanabilir (43).
- **Menopoz şikâyetleri:** Menopoz döneminde kadınlarda görülen terleme, ateş basması, uykusuzluk, sinirlilik gibi şikâyetlerin giderilmesinde hipnoterapi çoğunlukla kullanılabilir (42, 43).
- **Dismenore:** Ağrılı adet dönemleri birçok kadın için yaşam kalitesini bozan bir durumdur. Bu tip durumlarda öncelikle anatomik bir bozukluktan ya da rahatsızlıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı tespit

edilmelidir (28, 43). Eğer tanı konulmuş herhangi bir sebebi yoksa hipnoterapi ile başarılı sonuç elde edilebilir (43).

- **Gebelik korkusu:** Ailevi problemlerden kaynaklanma ile birlikte bebeğini düşürmekten, doğuramayacağından veya doğururken ölmekten korkmak şeklinde olabilir (28, 43). Bu kişilerde hipnoterapi ile gerekli telkinler yapılarak gebelik ve doğum korkusu kaldırılabilir (43).
- **Gebelik bulantı ve kusmaları:** Bu şikâyetler çoğunlukla psikolojik kökenlidir ve gebeliğin 12.haftasından sonra genellikle geçer. Ancak kadın iş yerinde, toplumda bu rahatsız edici öğürüp, kusmalardan olumsuz etkilenir ve bu süreci halsiz, bitkin geçirir. Bu dönemde ilaç kullanımı bebekte olası organ gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceğinden kullanımı pek güvenli değildir (28, 43). Bu sebeple bu hastalarda hipnoterapi uygulamaları kullanılabilir (43).
- **Düşük yapma korkusu:** Kadın daha önce düşük deneyimi yaşamışsa, bu gebeliği içinde aynı olumsuz deneyimi yaşayabileceği korkusu gelişebilir. Üstelik düşük sayısı fazlaysa bu durum daha da ciddileşebilir (28). Organik, hormonal, mikrobik, alerjik, kromozomal vs. anomalileri bulunan kadınlar gerekli tedavileri yapıldıktan sonra hipnozdan faydalanabilir (43).
- **Ağrısız doğum:** Günümüzde doğum ağrısını gidermek amacıyla kullanılan birçok yöntem vardır. Bunlar arasında, psikolojik telkinler ve bölgesel veya genel anestezide kullanılan çeşitli ilaçlar sayılabilir (42). Ancak doğum esnasında veya sezaryende kullanılan kimyasal ajanlar hem kadının hem de bebeğin dolaşım ve solunum sistemi sağlığını olumsuz yönde etkilediği gibi, anoksi ve çeşitli enfeksiyonlara da sebep olmaktadır. Özellikle bebekte solunum depresyonu en sık görülen yan etkilerdendir (60). İlk olarak Rus doktorlar tarafından 1900'lı yılların başında hipnoz doğum eyleminde kullanılmaya başlanmıştır (9).

Hipnozun doğum sırasında kullanımı, cerrahi müdahaleyi azaltmış ve kadının doğumla ilgili memnuniyetini artırmıştır. Hipnoz özellikle kadının anestezi almasının uygun olmadığı durumlarda etkin şekilde kullanılabilir (48). Cyna ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada gebelik döneminde kadınların hipnoza yatkınlığının arttığı bildirilmiştir (51). Amerika ve İngiltere’de 1969-2011 yılları arasında yapılan, kontrollü çalışmaların ele alındığı bir derlemede toplam 8395 kadına doğum sırasında ağrılarını azaltmak amacıyla hipnoz uygulaması değerlendirilmiş, bu çalışmaların hiç birinde epidural anestezi kullanılmamıştır. Çalışmada en önemli sonuç olarak hipnozun ağrı kesiciye olan ihtiyacı azalttığı, doğumda ilk evrenin süresinin kısaldığı, yapay oksitosin kullanımının daha az ve spontan doğum sayısı daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (51). Hipnozla doğum yapmış kadınlar doğum sonu da oldukça rahattırlar. Aldıkları telkinler sayesinde lohusalık döneminin sıkıntılarını da kolaylıkla aşabilmektedir. Doğumda hipnoz uygulayan uygulayan sağlık profesyonelleri, direk telkin ile süt salgılarının arttığını, anne ile bebek arasındaki bağlanmanın çok olumlu geliştiğini ve bu sayede bebek bakımının kalitesinin de arttığını bildirmişlerdir (60).

### **2.3. Doğal Doğumda Hypnobirth (mongan metodu) Yöntemi**

Bir bebeği karşılamaya hazırlanmak, sadece gebelik ve doğum sürecini değil, bir kadının yaşamının geri kalan kısmını da ilgilendiren önemli bir değişim ve deneyimdir. Hypnobirt bu önemli değişime basit ve rahat bir yaklaşım sunar (7). Mongan metodu kadınlara korku ve endişeden uzak, rahat ve doğal bir doğum deneyimi yaşamalarına destek olmak amacı ile hipnoterapist Marie Mongan tarafından 90’lı yılların başında geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmış, yaklaşık kırk yılı aşkın süredir devam eden bir özel ilginin ürünüdür. Doğum süreciyle ilgili eğitim, rahatlama, hipnoz, görüntüleme, hafif dokunuş ve nefesle bebeği itirme uygulamalarından oluşur (7, 9). Başta İngiltere ve Amerika olmak üzere dünya da 34 ülkede “Hipnozla Doğum” sertifikası veren enstitü ve yaklaşık 1500 uygulayıcısı bulunmaktadır (61, 62, 63). Eğitimcilerin Hypnobirthing International’den eğitim ve sertifika sahibi olması şartı aranır (9). Hypnobirth, bir doğum yönteminin yanı sıra aynı zamanda bir doğal doğum felsefesidir.

Program, doğumun bir kadın için normal, doğal ve sağlıklı bir işlev olduğu üzerine temellenmiştir (7, 64). Yani gebe bir kadın içgüdüsel olarak nasıl gebe kaldığını, bebeğinin doğal olarak nasıl geliştiğini bildiği gibi, nasıl doğuracağını da içgüdüsel olarak bilir. Hypnobirt yönteminde kadınlar, bedenlerinin doğuştan itibaren var olan doğum bilgeliğine güvenmeyi, doğum eyleminde gevşemeyi, bedeni ve bebeği ile birlikte iş birliği içerisinde çalışmayı öğrenirler. Böylece kadın bedenin doğal olarak tasarlanmış görevlerini yapmasına izin vermiş olur (7, 9).

### 2.3.1. Hypnobirth Yönteminin Felsefesi

Doğum, doğanın en iyi şekilde tanımıdır. İnsanlığın devamı ve yaşam gücünün en üst noktasının gerçekleşmesidir. Hypnobirt doğumun doğal ve sağlıklı olduğu inancına dayanır (7, 62, 63, 64). Hypnobirt kadınların doğal yolla doğurma iç güdülerine uyumlanmalarını ve eşlerinin bu sürece dahil olmalarıyla yaşamlarındaki en kutsal anı yaşamalarını sağlar. Marie Mongan 1954 yılında, 21 yaşında gebe kaldığını öğrendiğinde bunun “sıradan bir hamilelik” olmayacağına karar verir, doğumunun ağrı, acı, çile dolu olmayacağını hayal eder. Araştırmaları sonucunda Dick Read’in Korku-Gerginlik-Ağrı sendromuna odaklanır. Doğumu başladığında sessiz ve sakince süreci geçirmeye odaklanır. Ancak tam açıklığa geldiğinde hastane prosedürüne yenik düşer. Kendisine hiç sorulmadan anestezi verilir ve doğumu gerçekleşir. İki yıl sonra ikinci doğumunda yine bebeğini huzur içerisinde doğurmak ister ama yine başaramaz. Üçüncü hamileliğinin başlarında artık daha kararlıdır. Hekimine samimiyetle hastane prosedürlerinin uygulanmasını istemediğini ve eşinin de yanında kendisine bu süreçte destek olmasını ister. Bu mücadelesi sonunda kızı Maura’yı doğurur. Mutludur ama yinede herşey istediği gibi olmamış, kısmen de olsa hastane prosedürlerine uymak zorunda kalmıştır. Dördüncü doğumunda yine aynı yolu izlemiştir (7).

Yıllar boyunca kadınların nazik bir şekilde doğuracağına inanır ve 1987 de hipnoterapi danışmanlık lisansını alarak kendini bu anlamda geliştirir. Zamanla anlar ki kendi doğumlarında ağrılarından uzaklaşmasını ve kendini rahatlatmasının temelinde hipnoz yatmaktadır. Daha sonra doğal doğum ve hipnozun avantajlarını harmanlayarak bir doğum eğitimi programı geliştirir ve adını da “Hypnobirthing” koyar. İlk kez 1990 yılında torunu Maura’nın doğumunda bu yöntemi uygular (7).

Programın temel ilkesi, doğum yapmanın kadınlar için normal, doğal ve sağlıklı bir işlev olduğudur. Hypnobirt kadınlara kendi yaratılışlarından gelen doğum yapma

becerilerine nazik, güçlü, rahat bir şekilde rehberlik etmeyi sağlar (7, 9, 64). Bir hypnobirth annesi, bedeninin yaratılıştan gelen doğurma bilgisini kucaklayarak, bedeniyle ve bebeğiyle birlikte çalışarak doğum sürecinde rahatlamayı öğrenir (7). Hypnobirth doğum deneyimiyle kadın, ağrı-korku ve gerginlikten kurtulur, doğumun birinci evresi daha kısa sürer, önemli derecede ağrı kesici ihtiyacı azalmış olur ve uyanık, dikkatli, sakin ve nazik bir biçimde bebeği ve ailesiyle tatminkar bir doğum sevincini yaşar (7, 62, 63).

Hypnobirth'in doğuma bakışı, doğumun çiftlerin cinselliğinin uzantısı olduğu, sadece kadının değil aynı zamanda erkeğinde etkin bir şekilde katılımını sağlayarak ailenin gerçekleşmesi yönündedir. Hypnobirth çiftlerin bebekleri için en güvenli, en rahat doğumu başarma sorumluluğunu kabul etmeleri ve yeni bir bireyi ailelerine, yaşamlarına katma tarzıdır (7, 63). Doğum yapan ebeveynler için doğum ne bir bilim, ne anatomi, ne kontrolün kimde olduğu, ne de sağlık profesyonellerinin kararları değil, doğum ailedir. Hypnobirth iş birliğini amaçlayan bir çocuk doğurma yöntemidir. Programın felsefesi, kendi başına tıbbi müdahalenin uygulanmasına da karşı değildir. Karşı olduğu şey "iş yapılıp kurtulma" yaklaşımı ve gereksiz yere uygulanan rutin, keyfi uygulamalardır. Hypnobirth yüksek risk kategorisinde bulunan gebelerde dahil olmak üzere, doğum sürecinin normalden saptığı, müdahale hatta cerrahi bir müdahale uygulanması gerektiği anlarda dahi çiftlerin sakin ve rahat bir biçimde süreci tamamlamalarına olanak sağlar (7).

Hypnobirth inancına göre doğum onaylamaları vardır. Bunlar;

- Doğum, doğal, normal ve sağlıklı bir deneyimdir.
- Doğal, müdahalesiz bir doğum deneyimini yaşamak isteyen çiftler desteklenmeli, iyi bir bakım almaları sağlanarak hypnobirt deneyimini yaşamaları için teşvik edilmelidir.
- Normal doğuma hazırlanan kadınlar herhangi tıbbi bir risk belirlenmediği sürece korku uyarıcı ve yıldırıcı tartışmalara maruz kalmamalıdır.
- Bu eşsiz deneyimde kadın, eşi ve bebeği başroldür.
- Çiftler endişelerini, isteklerini ve kendilerini ifade etmeleri yönünde teşvik edilmelidirler.

- Kadınların gebelikleri süresince herhangi bir risk yoksa rutin test, işlem ve ilaçlardan kaçınılmalıdır.
- Bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçları karşılanmalı ve aile ilişkisinin önemine saygı gösterilmelidir.
- Doğum sürecinde bakım, anne ve bebeğin konforuna ve ihtiyacına bağlı olmalıdır.
- Çiftler sağlık profesyonelleri tarafından doğum eylemi süresince verilen bilgilerin doğruluğuna, kadının ve bebeğin yararına olduğuna güvenebilmelidir.
- Şartlar uygunsa, ebeveynlerden biri veya doğum destekçisi doğumda kadına eşlik etmelidir.
- Kadının bedeni kutsaldır, tıbbi gereklilik yoksa dokunulmamalıdır, mahremiyeti sağlanmalıdır.
- Sağlık profesyonellerinin süreç boyunca yaptığı uygulamalar hakkında aileye bilgi vermesi ve ailenin kararına destek olması hakkındadır.
- Sağlık profesyonelleri, kadın ve eşi uyum içerisinde olmalıdır. Olası riskli bir durumda çiftlerin, gerekirse sağlık profesyonellerinin kurallarına uyumlu olmaları gerekir (7).

### 2.3.2. Korkunun Doğum Sürecine Etkileri

Gebelik kadın yaşamında deneyimlenen en mucize olaylardandır. Bu süreçte değişen hormonların etkisi ile beraber bir takım endişe ve korku yaşaması da sık karşılaşılan bir durumdur. Kadın gebeliğinin ilk ve üçüncü trimesterinde zıt duygular yaşarken ikinci trimesterde daha rahattır (28). Türk Dil Kurumuna göre korku, bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı ve üzüntüdür (66). Korku, ilkel kaçma içgüdüsünden kaynaklanan bir duygudur (9). Algılanan ya da mevcut olan bir tehlikeye yönelik gösterilen olağan bir tepki olarak da tanımlanabilir. Bu tepki kişileri tehlike karşısında dikkatli olmaya ve buna yönelik uygun davranışı göstermesi hususunda motive eder (67, 68).

Korku, tüm insanlarda ortak, doğal ve evrensel bir duygu durumudur, dolayısıyla her insanın korkması doğaldır. Önemli olan bireyin duygu ve düşüncelerinin günlük

yaşamını olumsuz yönde etkilemesine izin vermemesidir (9, 67, 68). Bir limbik sistem yapısı olan “amigdala” korkunun öğrenilmesinde anahtar bölgedir (67).

### 2.3.3. Doğum ve Korku

Kadınlar eski dönemlerde kendilerini tehlikede hissetmeden ve kolaylıkla doğumlarını gerçekleştirmiştir. Ancak zamanla ortaya çıkan sağlık, sosyo-kültürel ve ekonomik alandaki gelişmeler ve değişimler doğumların tehlikeli olabildiği düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Bu durum, kadınların doğumlarını hastanede, sağlık ekibi müdahalesiyle, ilaç ve cerrahi yöntemler kullanılarak gerçekleştirebileceği fikrinin kabul görmesine neden olmuştur. Ancak artık kadınların ve bebeklerin sadece yüzde onunun gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duydukları gerçeği yaygınlık kazanmaktadır (9).

Korku tehlikeli olabilecek şeylerden korunmak için gereken cevabın verilmesini sağlar. En eski ve en güçlü duygulardan biridir. Korktuğumuz şeyle ya savaşır ya da kaçarız. Kendimizi korumaya çalışarak, korkuyu öğreniriz (38). Doğum eylemi, sonucu kesin olarak önceden tahmin edilemeyen ve belirsizliklerin olduğu bir süreç olduğundan dolayı birçok kadın doğum eylemine yönelik korku yaşamaktadır (61 ,62, 64). Ancak literatürde doğum korkusunun tam bir tanımının olmadığı, her kadın doğum korkusunu kendi yorumuyla ifade ettiği görülmüştür (65). Kadınların geçmiş doğum deneyimleri, ya da ilk kez bu duyguyu deneyimleyecek olmaları doğuma yaklaşımını olumlu yada olumsuz yönde etkiler (9). Doğum sürecinin uygun şekilde gelişebilmesi için ön koşul düşük kaygı düzeyidir. Gebe, kaygıya neden olabilecek uyaranlara ne kadar maruz kalırsa, doğum süreci o derece zorlaşır. Düşük kaygı düzeyi, aynı zamanda bebeğin anne karnında sağlıklı gelişmesi içinde önemlidir (69).

Doğum korkusu hemen her gebenin hissettiği bir duygu olup doğumun yaklaşmasıyla beraber artış göstermektedir. Doğum eylemi kadınlarda merak edilen bir olay olup, bilinmezlikten kaynaklı bir korkuya yol açar (70). Literatürde, kadınların %80'ninden fazlasının doğumla ilgili bazı anksiyete ve korkulara sahip oldukları, bunun da daha çok batıl inanç, toplumun uygarlık seviyesi ve kültürel değişkenlerden kaynaklandığı bildirilmiştir (65, 71, 72). Kadınların sosyo-ekonomik ve eğitim düzeylerinin doğum korkusunu etkilediği, eğitim düzeyi yüksek kadınlarda doğumla ilgili olumsuz düşüncelerin ve stres düzeyinin daha az olduğu bildirilmiştir (66, 67). Korkuların oluşmasında önemli etkenlerden biride bir bireyden diğerine aktarılacak

büyük bir grubu etkileyebilen ve çok sayıda gizli korkuların oluşmasına sebep olan söylentilerdir. Başkalarından duyulan negatif deneyimlerin, kadınlarda gebelik ve doğum hakkında korkulara sebep olduğu bildirilmiştir (70). Multipar kadınlar da ise önceki doğumlarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin korkuya neden olduğu bildirilmiştir. Özellikle müdahaleli(vakum veya forseps) bir doğum deneyimi veya acil sezaryen doğum deneyimi yaşayan kadınların bir sonraki gebeliklerinde doğum korkusu oluşmasında etkili olduğu bildirilmiştir (73). Cleeton doğuma yönelik bilgi eksikliğini araştırmış ve yaptığı çalışmada doğuma yönelik bilgi eksikliğinin korku oluşmasına neden olduğunu bildirmiştir (74). Melender'in yaptığı çalışmada da bilgi eksikliğinin korkuya neden olduğu görülmüştür (70).

Ayrıca Türkiye tüm dünya ülkeleriyle kıyaslandığında en fazla vajinismus görülen ülkelerden biridir. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği(CETAD) verilerine göre Türkiye'de cinsel tedavi merkezlerine başvuran hastaların %50'sinin vajinismus olduğu, batılı ülkelerde bu oranın %10 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde cinselliği konuşmanın özellikle kadınlar yönünden ne kadar zor olduğunu düşünürsek, doğum korkusunun vajinismusluda alakalı olabileceği düşünülebilir (38).

#### **2.3.4. Korku ve Doğum Süreci**

Korku doğum eyleminde Otonom Sinir Sistemini (OSS) harekete geçirerek olumsuz bazı fiziksel etkilere neden olur. Korkunun doğum süreci üzerindeki etkileri aslında karmaşık bir durum olmayıp, buna en güzel örnek geç başlayan ya da birden duran, yavaşlayan doğumlardır (9).

Uterus, bebeğin büyümesi ve doğması için mükemmel bir şekilde yaratılmıştır, üç kas tabakası bulunur ama dikey ve yatay kaslar doğum sürecinde bizim için daha anlamlıdır (7). Uzunlamasına yer alan kaslar çekme, germe ve aşağıya itme hareketlerini yaparken, dairesel kaslar gevşer ve açılır (7, 9, 38). Korkunun yükünden kurtulduğu zaman, düzenli kontraksiyonlarla kasılarak bebeğin doğum kanalında ilerlemesini sağlar. (7). Ancak korku duygusu oluştuğunda sempatik sinir sistemi uyarılır. Uterusa yeterli kan akımı sağlanamadığı için de uterus soluk ve katı görülür. Sempatik uyarının ortadan kalkmasıyla beraber uterusun hızla pembe, kanlı ve elastik bir organa dönüştüğü bilinmektedir (38).

Doğum korkusu yaşayan kadınlarda gerilim artar, artan gerilim tüm kaslarda spazma neden olarak ağrıyı artırır. Böylece kadın, korku- gerginlik- ağrı döngüsünün içine girer



(75). Korkunun açığa çıkmasıyla kişi katekolamin salgılamaya başlar. Hafif düzeyde katekolamin salınması doğum eyleminde olumlu karşılanır. Yenidoğan da uyanıklık sağlar ve sürfaktan salınımını uyararak neonatal solunum fonksiyonunu kolaylaştırır. Ancak doğum eyleminde yüksek düzeyde korkunun oluşması, uterusun kontraksiyonunu engelleyerek aşırı katekolamin salınımına sebep olarak uterin distosia gelişme riskini attırır ve bunun sonucunda da yenidoğanda uyum sorunları ortaya çıkabilir. Ayrıca doğum sırasında aşırı korku, servikal dilatasyonun sekonder olarak durmasına, doğumun uzamasına yol açarak fetal distrese ve sezeryan doğuma neden olabilmektedir (67, 76, 77).

### 2.3.5. Zihnin Doğum Sürecindeki Rolü

Beden ve zihin arasındaki ilişki ve özellikle mental olaylar arasındaki bağıntı problemi tarih içinde değişik şekillerde ele alınmasına rağmen bu ilişkiyi yorumlamak oldukça güçtür. Beden zihin ilişkisini bilimsel verilere temellendirmeye çalışan Karl Raimund Popper bunu 3 farklı görüşe temellendirmiştir. O'na göre yapılması gereken şey, madde ve zihnin ne olduğunu araştırmaktan çok, beden ile zihin arasında var olduğuna inandığı "etkileşim" in nasıl gerçekleştiğini ortaya koymaya çalışmaktır (78).

Tarihsel süreçte papazların, gevşeme, görselleştirme ve ezberden sessizce bir şeyler okuyarak insanların hastalıklardan kurtarmalarına yardımcı olmaya çalıştıkları görülmektedir. Yine geçen yüzyıllarda Kızılderili kabilelerinin fiziksel ve duygusal iyileşmeyi sağlamak için benzer gelenek ve batıl inançları kullandıkları bildirilmiştir. Oto hipnoz sırasında tekrarlanan görüntünün kabulünün arzulanana sonuca inanmaya sevk ettiği kabulüne inanılır. Yani beyin ve sinir sistemine, duyusal bir görüntü gerçek bir resim gibi kayıt olur. Ve kişi gevşemiş durumdayken, zihin imgeye daha kolay uyum sağlayarak önerilen görüntüyü gerçek olarak kabul eder. Son yıllarda yapılan çalışmalarla Nörobilimciler bunun hücresel düzeyde nasıl meydana geldiğini yenilerde tanımlamış ve bunun sonucunda Zihin Yasası'nı ortaya çıkarmışlardır. Bu yasaların olumlu şekilde uygulanması doğum yapma kavramı ve doğuma bakış açısını olumlu yönde etkilemekte ve hypnobirt yönteminin temelini oluşturmaktadır (7). Bu bağlamda üç zihin yasasından bahsedebiliriz;

- ✓ **Beden zihni izler: Psiko-Fiziksel Tepki Yasası:** Bu kurama göre, kişinin zihninde bulundurduğu her fikir, duygu veya düşünce için bedenin de ona karşılık gelen fizyolojik ve kimyasal bir tepki vardır. Doğum eyleminde de

en önemli zihin yasası da budur. Beden, zihnin eylem bileşenidir. Yani zihinde belirlenen şey bedende yaşanır. Bu nedenle zihin neyi kabul eder ve gerçek olarak algılamayı seçerse beden o doğrultuda cevap verir (7). Özetle zihinde doğumla ilgili korku ve negatif hayaller yer alırsa, beden buna karşı savunma moduna geçer ve doğuma karşı bedende gerginlik ve korku ortaya çıkar (9).

✓ **Dilin gücü:** Bu yasaya göre düşünme ve konuşma şeklimizle yaydığımız enerji sonraki deneyimlerde bize aynı biçimde döner. Yani dünyaya yaydığımız duygu veya düşünce ne ise o en başta tasarladığımız şekilde size geri döner. Sözcükler ve düşünceler deneyimlerimizi ve inançlarımızı derinden etkiler (7). Kelimeler ve düşünceler duygularımızı oluşturur. Duygular ise inançlarımızın oluşmasında etkilidir. İnançlar davranışları ve davranışlarda yaşamımızda başarıyı ya da başarısızlığı bize sunar. Bu nedenle, doğum eyleminde kadının içinde nelerin gerçekleştiğinin iyi bir şekilde tanımlanabilmesi ve dili doğru kullanmanın çok iyi öğrenilmesi gerekir. Çünkü doğum eylemi sırasında kullanılan dil, kadının ya zihnini sakinleştirir ve kendini güvende hissetmesini sağlar ya da bir tehdit ve güvensizlik ortamı yaratarak stres ve korkunun ortaya çıkmasına neden olur. Bu nedenle kelimelerin seçimine çok dikkat edilmelidir (9).

✓ **Motivasyon yasası:** Motivasyon kelimesi köken olarak Latince “Matus” yani hareket anlamına gelir. Motivasyon, bireyleri belli bir amaç için harekete geçirici ve onu devamlı kılan güç demektir (79). Motivasyon yasası, fiziksel beden yeteneklerini de etkiler. Zihin iyice motive olduğunda beden uygun şekilde tepki verir. Motivasyon kişinin niyetine ve kendine dair imgesine sıkı sıkıya bağlıdır. Bir kadın nasıl yaşıyorsa doğumunu da aşağı yukarı o şekilde gerçekleştirdiği söylenir. Bu nedenle kadının kendisini nasıl gördüğü ve bu imgesinin kendisi için yararlı olup olmadığının değerlendirmesi gerekir (7).

### 2.3.6. Hypnobirth ile Doğumda Kullanılan Yöntemler

Hypnobirt doğumda kullanılan dört temel uygulama vardır. Bunlar nefes, görselleştirme, gevşeme ve derinleşme uygulamalarıdır. Kadının her bir

uygulamayı öğrenmesi ve benimsemesi bedenini ve zihnini doğum sürecine hazırlamada kolaylık sağlayacaktır (7).

- ✓ **Nefes egzersizleri:** Diyaframdan nefes alıp verme şimdiye kadar bulunan en etkili sakinleştirici yöntemdir. Doğru uygulandığında sakinleştirici ilaçlardan daha etkin olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Çünkü karından alınan her bir nefes stresten en çok etkilenen diyafram kasının gerilmesini ve gevşemesini sağlar. Diyafram gevşeyince beyne her şeyin yolunda olduğu mesajını gönderir ve bu da bedenin rahatlayıp gevşemesini sağlar (46). Hypnobirt doğum yönteminde kullanılan üç hafif diyafram nefes egzersizi vardır. **Birincisi gevşeme nefesidir**, basitçe gevşemeye yardımcı olmak üzere tasarlanmış bir nefesidir. Nefes alınırken “al-2-3-4”, verirken “ver-2-3-4-5-6-7-8” şeklinde nazikçe verilir. Nefes alıp verirken burun kullanılması daha hızlı gevşemeyi sağlar. **İkincisi dalga nefesidir**, doğumun silinme ve dilatasyon evresinde kullanılan nefestir. Kontraksiyon anında uzun, sakin ve yavaş şekilde nefes almayı gerektirir. Bu nefesle kadın dikkatini bebeğine yönlendirerek, kontraksiyonlarıyla uyumlanmasına kolaylık sağlar. Dalga nefesinin amacı, nefesi alıp verirken mümkün olduğunca süreyi uzatmaktır. Yavaşça ve göbeği şişiriyormuş gibi 1’den 20+’ ye kadar hızla sayarak burundan nefesi içe çekip, aynı rakama kadar sayarak yavaşça, aşağıya ve dışarıya doğru üfleyerek nefes verilir. **Üçüncüsü doğum nefesidir**, doğum nefesi doğurma evresinde, nefesle bebeği aşağıya doğru indirmeyi amaçlar. Bebeğin başını çıkarması ve doğması için nazik bir şekilde aşağıya doğru hareket ettirmek üzere bedenin doğal fırlatıcı refleksine yardım eder. Kontraksiyonla beraber burundan kısa ve derin bir nefes alıp, nefesin enerjisini boğazın alt geri kısmına ve bedeni boyunca aşağıya bir “J” şeklinde yönlendirilir. Perine kaslarının nefesle açıldığını bebeğin dışarıya çıkışını hayal etmek süreci sakin ve nazik bir şekilde geçirmeye yardımcı olur (7).
- ✓ **Gevşeme egzersizleri:** Nefesin düzgün, ritmik bir tempoda alınmasıyla gevşeme egzersizleri kadın tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Bu egzersizlerin hepsini kullanmaya gerek yoktur. Kadının kendisine en uygun gevşemeyi seçip doğum sürecinde onu kullanması daha rahat gevşemesini sağlar. **Aşamalı gevşeme;** başın tepesinden ayak parmaklarına kadar

bedenin belirlenmiş bölümlerini birden beşe kadar numaralandırıp, her nefeste rakamları hızlıca sayarak bedenin o bölümünü hızlıca gevşetmeye yarayan bir egzersizdir. **Yok olan harfler;** gevşeme egzersizleri arasında en kolay olanı bu gevşeme şeklidir. İşte veya evde günün stresli bir anında ya da uyuma sorunu yaşanıldığında bu egzersiz özellikle faydalıdır. Hızlı ve derin bir nefes aldıktan sonra, bekleyip hızlıca gözün önüne gelen harfleri nefes verirken AAA-BBB-CCC-D...vb. şekilde sıralayarak nefes verilir. Bir süre sonra harflerin kaybolduğu görülür ve tüm bedende derin bir gevşeme sağlanmış olur. **Hafif dokunuş masajı;** ConstancePalinsky tarafından geliştirilen bu masaj, cilt yüzeyinin hemen altındaki erector pili denilen düz kasın uyarılıp kasılarak tepki vermesidir. Bu durumda kas yüzeyindeki kıllar erekte olur ve bu durum gevşemeye yol açar. Böylece vücudun doğal ağrı kesici hormonu olan endorfin salgılanır ve katekolamin salgılanmaz. Hafif dokunuş masajı sayesinde, endorfinin de etkisiyle kadın doğum eylemi sürecinde kontraksiyonlarıyla daha rahat uyumlanmış olur. Masajı uygulayacak kişi parmaklarının arkasını kadının kuyruk kemiği kökünde buluşacak şekilde birleştirir, V benzeri dokunuşlarla sırt boyunca ilerler, boyun etrafı ve kulaklar son olarak da kolların alt tarafı ve dirsek çevresinde hafif dokunuşlarla masajı tamamlar. Aynı işlemi sekiz rakamı oluşturacak şekilde çapraz çizgiler çizerekte yapabilir. **Çapa noktaları;** hipnoz uygulamalarında çapa, bir el-kol hareketi, bir ses, görüntü ya da dokunuş yardımıyla yapılan çağrışımın, kişide kalıcı bir iz ya da işareti hatırlaması amacıyla kullanılır. Buna göre düşünce ya da önerme bilinçaltına çapalanır. Uygulamayı yapacak olan kişinin kadının omzuna bastırmasıyla beraber kadının iki kat daha gevşeyeceği mesajının kadının bilinçaltında çapalanmasıyla, uygulama anında kadının aniden gevşemesi buna bir örnektir (7).

- ✓ **Görselleştirme egzersizleri:** Görselleştirme egzersizleri kontraksiyonlar sırasında kadının ağrıdan uzaklaşmasına ve gevşemesine yardımcı olur. Zihni sakinleştirmek ve bedeni rahatlatmak için kullanılan faydalı bir gevşeme egzersizidir. Görselleştirme egzersizlerinin nefes ve gevşeme egzersizleri gibi yaşamın rutin parçası haline gelmesi gerekmez. Bazı çeşitleri vardır. **Gökkuşağı gevşemesi;** bu gevşeme hypnobirt yönteminin

temel görselleştirme tekniğidir. Hypnobirthing Enstitüsü tarafından geliştirilen CD ile yapılır. Zihinde gevşemeyi amaçlar, herhangi bir sırası veya öyküsü yoktur. **Açan gonca;** en basit ve en etkili görselleştirmelerden biridir. Nefeslerle gevşeme sağlandıktan sonra, zihinde gülün taç yapraklarının her dalgada açıldığı ve bebeğin vajene doğru ilerlemesinin görselleştirilmesidir. Bu görselleştirme dalgaların başlamasını ve gebeliğin son haftalarında açılma ve doğum evrelerinde tavsiye edilir. **Mavi saten kurdeleler;** serviksin silinme ve dilatasyon evresinde aktif olan kas liflerinin mavi saten kurdeleler olarak zihinde görselleştirilmesidir. **Kol- el bileği gevşeme testi;** amacı kısa süre içerisinde derin gevşeme sağlamaktır. Basit ve eğlenceli bir gevşeme uygulamasıdır. Kadının, el bileğine içi helyum gazı ile doldurulmuş renkli balonların takıldığı ve bu balonların kolunu yukarıya doğru çektiğini zihninde görselleştirilmesidir (7).

- ✓ **Yoğun derinleşme egzersizleri:** Bu egzersiz kadının, bedeninin tamamen gevşek olduğu ve adeta bir amnezi yaşadığı noktaya gelmesini sağlar. Bu tam gevşeme kadının doğum yapan bedenine ve bebeğine derin odaklanmasını sağlar. Genellikle kadın nefesleriyle bebeğini doğum yolunda aşağıya indirirken bu derinleşme içerisinde kalır. Bazı çeşitleri vardır. **Eldiven gevşemesi;** kontraksiyon ve doğum anında yol gösterici olarak kullanılabilen rahatlatıcı bir gevşeme egzersizidir. Sağ ele gümüş rengi doğal endorfinler içeren bir eldiven giyildiğini, bir süre sonra bu el ve kolun tüm hissini kaybettiği ve daha sonra bu elin vücudun neresine koyulursa oradaki ağrı hissini ortadan kaldırdığı zihinde kurgulanarak yapılan bir gevşemedir. **Derinlikölçer;** bu egzersizin amacı, kadına yoğun derinlikte gevşeme duygusunu yaşatmaktır. Doğumun açılma evresinde kullanılabilecek bir gevşeme egzersizidir. Bu egzersizde, kadının bedeninde ters çevrilmiş bir termometrenin olduğu, içerisinde berrak bir gevşeme sıvısının olduğu ve bunun üzerinde 40, 39, 38...vb. geriye doğru rakamların yer aldığı hayal ettirilir. 40'dan geriye doğru bu sıvının her bir rakama ilerlediğinde bedeninin gevşediği duygusunun zihinde gerçekleştirilmesidir. **Duyusal geçit vanası;** eldiven gevşemesi gibi, bedenin seçilmiş bölgelerinde his kaybı oluşturmaya yardımcı basit bir imgelemedir. Kontrol vanası imgesi, kan basıncını, amniyon sıvısını güvenli, sağlıklı tutmak ve stres düzeyini

kontrol etmek için kullanılabilir. *Zaman çarpıtması*; gevşeme durumuna geldikten sonra her beş dakikanın bir dakika olarak zihinde imgelemesidir. Silinme ve dilatasyon evresinin sonlarına doğru her yirmi dakika beş dakika olarak imgelelenerek, zamanın daha rahat kontrolü sağlanabilir (7).

## **2.4. Hypnobirth Yönteminde Sağlık Ekibinin Yeri**

Doğum eyleminde kadının sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal ihtiyaçları vardır. Kadınlar, eylem sürecinde fiziksel ihtiyaçlarını hastanede karşılayabilir, ancak bu süreçte duygusal ve bireysel desteğe daha fazla gereksinim duymaktadır. Kaliteli tıbbi bakım ve ebelik/ hemşirelik uygulamaları, doğum eylemi sürecinde kadının sağlıklı ve tatminkar bir doğum deneyimini yaşamasını sağlayarak, sağlıklı bir bebeğe kavuşmasını mümkün kılar. Doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu bilinmektedir (80).

### **2.4.1. Hemşirelik ve Ebelik Bakımı Uygulamalarında Hipnoz Yönteminin Kullanımı**

Ebelik ve hemşirelik mesleğinin var oluşuyla beraber, tarihsel süreçte alternatif tıp uygulamalarının bakım uygulamalarında kullanıldığı görülmektedir. Milattan Sonra(M.S.) ikinci yüzyılın sonunda kadınlara, özellikle doğumda çok yarar sağlayan ebeler, şifacı bilge kadınlara karşı bir aşağılama başlatılmış, bu süreçte iyi konuma sahip birçok kadın idam edilmiştir (9). Çağdaş ve bilimsel tedaviler dışındaki tedavilerin birçoğu Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) olarak ifade edilmektedir. TAT, klasik temel medikal tedaviye ek olarak veya onun yerine kullanılan tedavi şeklini tanımlamaktadır (81). TAT, modern tıp tarafından hastalık sebeplerini önlemede kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olmayıp, bireyin isteğiyle kullanılabilir, destekleyici olarak bireyin rahatlamasını sağlayan, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, psikolojisinin düzelmesi gibi amaçlarla uygulanabilen alternatif tıp yöntemleridir (82, 83). Dünyada birçok ülkede TAT'a olan ilgi ve kullanım sıklığı giderek artmaktadır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %49'unun TAT'ı yaygın olarak kullandığı bildirilmiştir (80, 82).

Hipnoz tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden zihin-beden yöntemleri içerisinde yer alır. Zihin-Beden Yöntemleri de bedensel fonksiyonları geliştirecek ve iyileştirecek zihinsel becerinin ortaya çıkarılması esasına dayanır (82). Zahourek 1982

yılında histerik kişilik bozukluğu ve kronik ağrılı hastalarda hemşirelik bakımlarını tanımlamak amacıyla yaptığı bir çalışmada, araştırmaya katılan hastalara hipnoz seansları uygulamış ve araştırmaya katılan hastaların ağrılarının iyileşmesinde olumlu sonuçlar bildirmiştir (84). Marek ve arkadaşlarının kanserli palyatif bakım hastalarında, anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğu gibi şikayetlere yönelik hipnoterapinin faydalarını değerlendirmek için yaptığı bir çalışmada, hastalara dört seans hipnoterapi uygulanmış ve daha ikinci seansta hastaların şikayetlerinde olumlu düzeyde azalma olduğu bildirilmiştir (85).

#### **2.4.2. Doğumda Hypnobirth Yönteminin Hemşire ve Ebelik Mesleğine Katkıları**

Hipnoz uygulaması doğumda ağrıyı ve endişeyi azaltmak ya da ortadan kaldırmak için Amerikan Tıp Birliği tarafından kabul edilen bir yöntemdir. Hipnoz derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. İyi hipnoz olabilen bir kadın farkındalığını kaybetmeden doğum ağrısını kontrolü altına alabilir. Ağrı tamamen ortadan kalkmaz ancak kadın ağrıyla uyumludur. Kadın kontraksiyonlar arasındaki dinlenme süresini daha etkin kullanabilir (86). Hipnozun doğumun ilk evresini kısalttığı, daha iyi analjezi sağladığı, doğumu güzel bir tecrübe haline getirdiği, doğum süresince korkuyu ve ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (87). Günümüzde doğum ağrılarının fizyolojik bir süreç olduğu farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle giderilebileceği bilinmektedir. Ebe/hemşire bu yöntemleri bilmeli ve uygulanırken kadının yanında yer almalıdır (82). Şüphesiz ki ebe ve hemşireler doğum eylemi sürecinde doktordan daha fazla kadına zaman ayırmaktadır. Kadının ağrısını ilk değerlendiren, ağrıyı hafifletme yönünde fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılayan, kadının doğum ağrısıyla uyumlanmasına yardımcı olan, kadınla işbirliği sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz yaşanmasını sağlayan ebe ve hemşirenin bakım uygulamalarıdır. Ebe ve hemşirenin ağrı konusundaki duyarlılığı ve iletişim kurma becerisi, kadının ağrısıyla olan uyumunu önemli şekilde etkiler (82, 88, 89).

Doğum öncesi dönemde hipnoz eğitimi almış ve doğumda hipnoz uygulayan kadın, telkinlere karşı oldukça hassastır. Bu nedenle doğuma katılan ebe veya hemşire kadına mümkün olduğunca pozitif yaklaşmalı ve çevreyi doğum yolculuğuna uygun olacak şekilde düzenlemelidir. Öncelikle kadının mahremiyetini sağlayarak, kapıya bireyin hipnozla doğum yaptığını, sessiz olunması gerektiğini, loş bir ışık ve rahatlatıcı bir

müzik dinletilebilir. Ebe/hemşire bireye olumlu telkinlerde bulunabilir ve kontraksiyon aralarında doğumu çok iyi yönettiğine dair kadını pozitif yönde destekleyebilir. Ebe/hemşire kontraksiyonlar arasında gevşemenin doğum ve bebek üzerindeki olumlu etkilerini kadının anlayabileceği şekilde açıklamalı ve gevşemesine destek olacağını belirterek güven ihtiyacını karşılamalıdır. Ebe veya hemşire kontraksiyon anlarında kadının bedenine ve bebeğine odaklanmasını destekleyerek, içindeki gücü fark etmesini sağlayacak telkinlerde bulunabilir. Söylediği cümleleri kadının kendisinin de içinden ya da dışından tekrar etmesini isteyebilir (61, 64, 90). Doğum ağrısı kadınlar için önemli bir yaşam deneyimidir. Bu sürecin en iyi şekilde sonlanması hem kadın hem de yeni doğan açısından son derece önemlidir. Gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, kadının doğum ağrısıyla uyumlanmasına destek olmak, doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz yaşanmasını sağlar. Bu nedenle ebe ve hemşirenin doğum ağrısıyla uyumlanmada hipnozun etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemin etkin bir şekilde uygulanmasında kadına yardımcı olmalıdır (61, 64).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranlarını düşürmek, kadınların sağlıklı ve tatminkar bir doğum sevincini yaşamalarını sağlamak, ebe ve doğum hemşirelerinin sorumluluğudur. Hypnobirt yönteminin kullanımının yaygınlaşması ile kadınlar doğumlarından doyum alabilecekler ve böylece sezaryen yerine doğal doğumu tercih eden kadın sayısı giderek artabilecektir. Doğum salonlarında çalışan hemşire ve ebelerin ağrıya neden olan faktörleri fizyolojik olarak görmeyip, genellikle kadının ağrılarından uzaklaşması için ağrıya yönelik bazı tıbbi girişimler yapmayı tercih ettikleri gözlenmektedir. Yapılan her bir medikal müdahale başka tıbbi girişimleride beraberinde getirir. Bu girişimlerle kadına “güvende olmadığı, uygulanan girişimlerle güvende olacağı ve bunu da ben yaparım” mesajı verilmektedir. Aslında doğumda kadının sadece güvene ve güvenli bir çevreye ihtiyacı vardır. “Güvendesin” mesajı, kadına sadece dokunularak verilebilir. Hemşire ve ebeler, doğum sürecinde kadının kendi bedenine ve bebeğine güvenmesi gerektiğini benimsemelidir. Kadının kendi içindeki gücü fark etmesi sağlanırsa, hiçbir tıbbi girişime gereksinim duyulmaksızın olumlu bir doğum deneyimi yaşayacağına inanılmalıdır (61).

Bu nedenle doğumda hypnobirt yöntemini bilen hemşire ve ebelerin sayısının artırılmasına ve yaygın olarak bu yöntemin doğum salonlarında kullanılmasına gereksinim duyulmaktadır (61).



### 2.4.3. Doğumda Hypnobirth Yönteminin Sağlık Ekibi Açısından Etik ve Yasal Boyutları

Doğum ağrısını azaltmak için 19 yy.'den itibaren kullanılan hipnoz, günümüzde doğum ağrısını ve süresini azaltmak amacıyla, sağlık profesyonelleri ve bebek bekleyen çiftler arasında hipnoza ilgi yeniden artmıştır (91).

Ülkemizde hipnoz ve hipnoterapi uygulaması için henüz yasal bir düzenleme yoktur. Bu nedenle kimler tarafından hangi durumlarda hipnoz uygulanabileceği, kimlerin eğitim verebileceği belirsizdir. 17.02.2004 tarihinde sağlık bakanlığı resmi sayfasında *“Hipnoz ve Hipnoterapi Uygulanması Hakkında Yönetmelik taslağı”* hazırlanmış, ancak henüz resmi bir düzenleme yapılmamıştır. Bu alandaki son gelişme, Sağlık Bakanlığının Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün **19/10/2008 tarih ve 44103 sayılı yazısı** ile *“fertilite ve toplumun sağlığını korumak amacıyla ülkemizde hipnoz ve hipnoterapinin bilimsel yöntemlerle yapılmasını, uygulama alanlarını, amaçlarını, kimler tarafından ve hangi sağlık kuruluşlarında uygulanabileceğine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla “Hipnoz ve Hipnoterapi Uygulanması Hakkında Yönetmelik Taslağı” üzerinde çalışmalar devam etmekte olduğundan Bakanlıkça bir değerlendirme yapılmıncaya kadar “muayenehanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında hipnoz uygulaması yapıldığının tabela, kartvizit ile basılı ve elektronik ortam materyallerinde tanıtımının yapılmasının uygun olmadığı”* duyurulmuştur (84).

### 2.4.4. Hipnoz Etiği

1979’da hazırlanıp 1980’de tüm Uluslar arası Hipnoz Derneği (ISH) tarafından kabul edilmiş her üyenin bağlı olması gereken etik kanunlar, üyeliğin yapısı düzenlenmiştir. Buna göre ISH etik kodları;

1. ISH üyeleri hipnozu veya hipnotik teknikleri klinik çalışma veya deneylerde uygularken her zaman hastanın sağlığını ön sırada düşünmelidir.
2. Hipnoz diğer bilimsel ya da klinik çalışmalara yardımcı olarak düşünülebilir, bu nedenle hipnotik teknikte yeterlilik tek başına bir uzmanlık veya araştırma alanı olarak kabul edilemez.
3. Her ISH üyesi hipnozun klinik ya da bilimsel kullanımını kendi yeterlilik ve uzmanlık alanının profesyonel standartlarını aşmayacak şekilde sınırlar.
4. Hipnoz bir tür eğlence aracı olarak kullanılamaz. Hiçbir ISH üyesi toplum eğlencesi yapamaz ya da yapan kişi ve kuruluşlarla ilişki kuramaz.

5. ISH üyeleri hipnozun alelade kişiler tarafından uygulanmasını destekleyemez.
6. Kişilerin hipnoz uygulamasında, kendi ülkesindeki ahlak kurallarıyla çelişki varsa, ISH bu çelişkiye destek çıkar. Bu tip hipnoz uygulamalarına karşı çıkar (42, 43).

Hipnoz uygulayan kişilerin bu etik kurallar doğrultusunda uygun davranmaları, hastanın ve uygulayıcının çıkarları doğrultusunda yarar sağlar (42).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı.

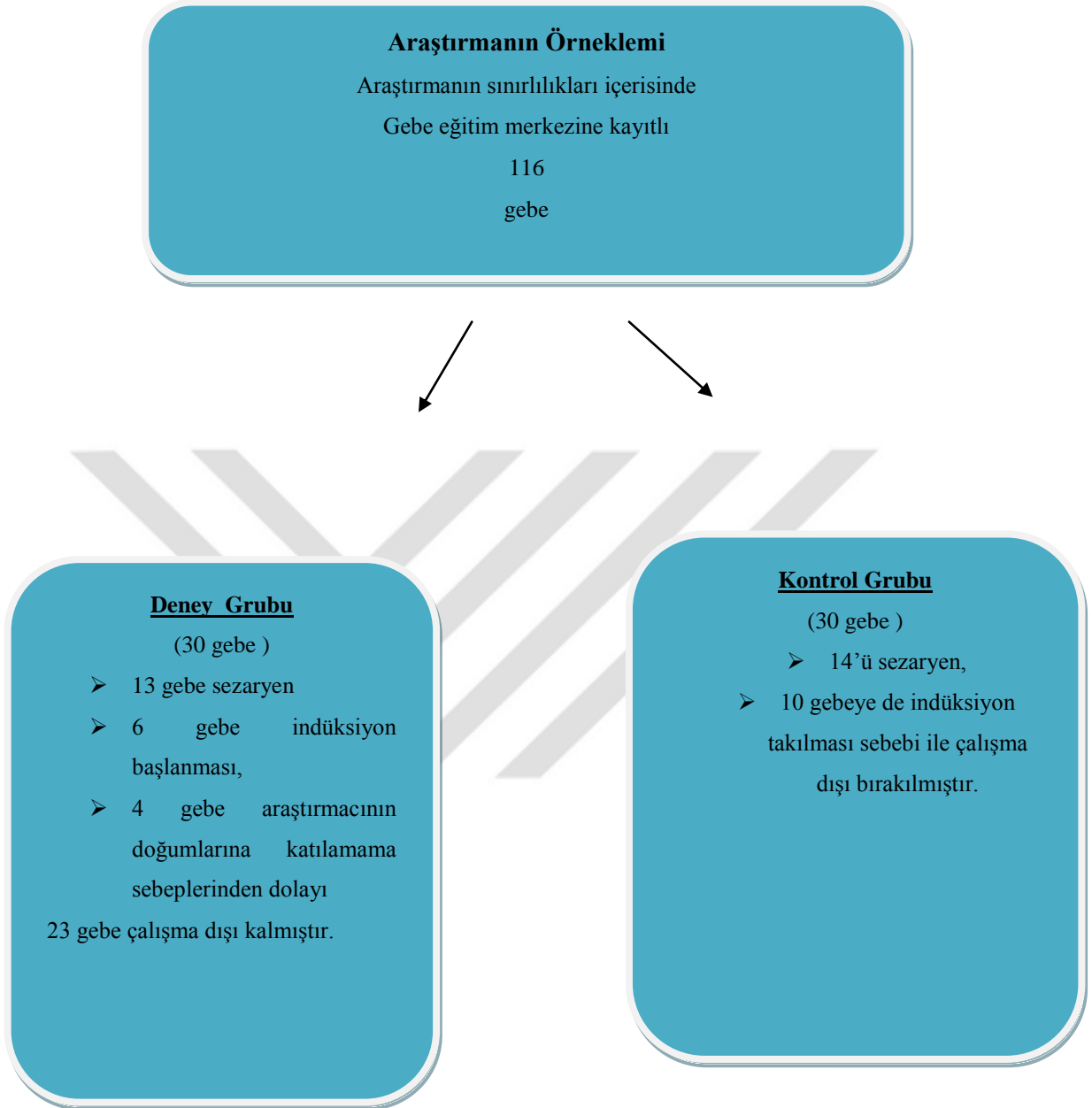
#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Randomize kontrollü bir çalışma olan bu araştırma da araştırmanın evrenini; araştırmanın yapılacağı tarihler arasında (01 Ocak 2015 ve 30 Haziran 2016), Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma koşullarını sağlayan gebe kadınlar oluşturdu. Buna göre 20- 36. gebelik haftaları arasında olan primipar (20-36. haftalarda eğitime alınma sebebi, 20. haftadan itibaren doğum kabul edilmesi (92), 36.haftadan sonra eğitime katılmama durumu(36-40. hafta aralığında doğum olabileceği gibi) kriter olarak seçilmiştir), normal vajinal doğum yapması beklenen, herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, riskli gebelik tanısı konulmamış ve tek fetüsü olan gebeler çalışmaya dâhil edildi. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebelerden kura sistemi (yazı-tura) ile yazı çıkan gebeler deney, tura çıkan gebeler kontrol grubunu oluşturdu. Araştırma kapsamında deney grubuna dahil edilen gebe sayısı 62, kontrol grubu gebe sayısı 54'dür. Deney grubu gebelerden 53 gebe eğitimi tamamlayabilmiştir. Ancak eğitimlerini tamamladıkları halde araştırmaya dahil olma kriterlerine uymayan (13 gebe sezaryen, 6 gebe indüksiyon başlanması, 4 gebe araştırmacının doğumlarına katılmama sebeplerinden dolayı) 23 gebe çalışma dışı kalmıştır. Eğitimlerini tamamlayıp doğumlarında destek olunan 30 gebe deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu gebelerden 14'ü sezaryen, 10 gebeye de indüksiyon takılması sebebi ile çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubunda da 30 gebe araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birliği Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğuma Hazırlık Gebe Eğitim Merkezi'nde ve Doğumhane de yapıldı. Hastane de 1 riskli gebe polikliniği 27 normal gebe ve jinekoloji polikliniği bulunmaktadır. 2014 Ocak-2014 Aralık ayı boyunca 11302 gebe muayenesi yapılmıştır. Hastane de gebe bilgilendirme sınıfı bulunmaktadır. Çalışmanın bu

hastanede yapılmak istenmesinde, doğum sayısının il içerisinde birinci sırada olması etkili olmuştur. Hastanenin doğumhanesinde 4 travay odası ve bir adet tek kişilik travay ve doğum odası bulunmaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden uygulama izini ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma izni alındı(Ek 7). Hastanenin, standart doğum odası bakımı uygulamaları, gebelere damar yolu açılması, vital bulgu takibi, mobilizasyon serbestliği ve aralıklı olarak NST takibi, oral olarak su veya meyve suyu içmelerine izin verilmesi uygulamalarını içermektedir.

Araştırma Dışı Bırakma Kriterleri ise; **deney grubu için;** hypnobirth eğitimini tamamlamayanlar, doğumu sezaryen ile olanlar, ağrıyı azaltmak için analjezi veya anestezi uygulananlar, doğumda indüksiyon uygulananlar ve araştırmacı tarafından doğumuna destek verilemeyen gebeler, **kontrol grubu için;** ağrıyı azaltmak için analjezi ya da anestezi uygulananlar, doğumu sezaryen ile olanlar, indüksiyon uygulananlar çalışmaya dahil edilmedi.



### Uygulama

- Toplam eğitim süresi 12 saat olarak, araştırmacı tarafından verildi.
- Eğitime başlamadan önce çiftlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 1) ve Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A(W-DEQ) (Ek 3) uygulandı.
- Doğum sürecinin başlamasıyla birlikte doğum sonuna kadar gebeye bakım verilmesi ve destek olunması süreçlerini içerdi
- Deneysel grubunun, doğum sürecinin tamamı araştırmacı tarafından değerlendirildi ve doğum eylemi sürecinde Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4) ve doğum sonunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B(W-DEQ) (Ek 5) ve Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) dolduruldu.

### Uygulama .

- Çalışmaya katılmayı kabul edenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A(W-DEQ) (Ek 3) uygulandı.
- Bu gebelere gebelikleri süresince ve doğumlarında araştırmacı tarafından herhangi bir destek ve bakım verilmedi.
- Kontrol grubunun doğum sürecinin tamamı araştırmacı tarafından gözlemlendi
- Doğum eylemi sürecinde Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4), doğum sonunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B(W-DEQ) (Ek 5) ve Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) dolduruldu.

**Grafik 3-1:** Araştırma akış şeması

**Araştırma aşamaları:**

**1. Deney Grubu:** Çalışma deney grubu kadınlar için iki aşamalı olarak yürütüldü.

**Birinci aşama;** gebelerin eğitimini ve uygulamayı kapsadı. Eğitimler ve uygulamalar sadece deney grubu gebelere verildi. Eğitimler Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Eğitim Merkezi'nde verildi. Eğitim ve uygulama aşamasında gebeler belirlenen gün ve saatte, haftada bir gün, dört hafta süreyle, günde 3 saat derslere devam ettiler. Toplam eğitim süresi 12 saat olarak, araştırmacı tarafından verildi. Eğitime başlamadan önce çiftlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 1) ve Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A(W-DEQ) (Ek 3) uygulandı. Eğitim materyali olarak görsel araç-gereçler, video gösterimi, demostrasyon, ve interaktif eğitim yöntemleri kullanıldı. Egzersizler bire bir uygulama şeklinde gösterildi. Dört haftalık eğitim programının sonunda gebelere katılım belgesi verildi ve gebelere doğuma gelirken takmak üzere eğitim aldıklarını gösteren mor bileklik verildi. Haftalara göre eğitimde anlatılan konular ve yapılacak uygulamalar aşağıda şemada gösterilmiştir.

HAFTA	KONU İÇERİĞİ	UYGULAMA	EĞİTİM MATERYALİ	SÜRE
<b>1.HAFTA POZİTİF DÜŞÜNCE GELİŞTİRMEK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypnobirth felsefesine giriş</li> <li>- Doğa, mükemmel doğum için kadın bedenini nasıl tasarlamış?</li> <li>- Gebeliğin fizyolojik oluşumu</li> <li>- Gebelikte sık görülen sorunlarla nasıl baş edeceğiz?</li> <li>- Doğal doğum, hipnozla doğum(hypnobirt) nedir?</li> <li>- Video izleme (gebeliğin oluşumu ve gebelik süreci)</li> </ul>		Görsel materyal, ppt sunum, video	3 SAAT
<b>2.HAFTA BEDENİNİZİ ve BEBEĞİNİZİ DOĞUMA SEVGİYLE HAZIRLAYIN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebelik kontrolleri ve testler</li> <li>- Hızlı ve anında gevşeme ve derinleşme egzersizleri</li> <li>- Dalgalanmalar ve doğum anında kullanacağınız nefes egzersizleri</li> <li>- Hypnobirth gevşeme ve görselleştirme egzersizleri</li> <li>- Doğumda yanınızda olacak kişinin rolü</li> <li>- Hypnobirth ile vücudunuzun doğuma hazırlanması</li> </ul>	<p>Gevşeme, derinleşme ve nefes egzersizleri</p> <p>Doğumda kullanılacak pozisyonlar</p>	Görsel materyal, ppt sunum	3 SAAT
<b>3.HAFTA BEBEĞİNİZ GELMEYE HAZIRLANIYOR, DOĞUMA GENEL BAKIŞ- DALGALANMALARLA AŞK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doğumun fizyolojisi ve doğumda aktif hormonlar</li> <li>- Doğum dalgalarını karşılama ve dalgalanma anında rahatlama uygulamaları (pozisyonlar, masaj, nefes egzersizleri)</li> <li>- Doğum odanızı hazırlama</li> <li>- Doğumun doğal ilerleyişinde sorun çıkarsa ne yapacağız</li> <li>- Deneyimlerinizi kaydedin (doğum eylemi sürecinde hissettiğiniz duyguların anlaşılması)</li> </ul>	Gevşeme, derinleşme ve nefes egzersizleri	Görsel materyal, ppt sunum	3 SAAT
<b>4.HAFTA AŞKLA BEBEĞİNİZİ DOĞURMAK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Doğumun içinde olmak, yaşamak</li> <li>-Doğum provası, video izleme (hypnobirt doğum)</li> <li>-Ten tene temas nedir?</li> <li>-Anne sütünün önemi ve emzirme teknikleri</li> <li>-Eğitimin değerlendirilmesi</li> <li>-Katılım belgelerinin sunulması</li> </ul>	Doğum provası Ten tene temas Emzirme teknikleri	Görsel materyal, ppt sunum, video	3 SAAT

**İkinci aşama;** doğum sürecinin başlamasıyla birlikte doğum sonuna kadar gebeye bakım verilmesi ve destek olunması süreçlerini içerdi. Bu aşamada eğitimini tamamlayan gebeler doğum eylemi başladığı zaman araştırmacıyla bağlantıya geçtiler. Araştırmacı eğer gebenin hastaneye yatışı yapılmışsa hastanede ya da doktorunun da izniyle süreci evde geçiriyorsa evde, gebenin doğum ağrılarını gidermesinde, rahatlama uygulamaları süreci boyunca birebir destek olarak bakım verdi. Araştırmaya katılan deney grubu (n=30) gebelerin doğumları Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleşti. Hastanenin doğumhane kısmında 1 adet özel doğum odası



bulunmaktadır. Bu oda da bir yatak, bir jinekolojik masa bir lavabo, plates topu ve gebenin rahat hareket edebileceği alandan oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan gebeler doğum eylemi süresince bu oda da takip edildi. Eğitimler sırasında öğretilen nefes, gevşeme, görselleştirme ve derinleşme egzersizlerinin araştırmacının desteği ile gebenin uygulaması sağlandı. Gebelere, hastanenin normal doğum takip prosedürü olarak, damar yolu açıldı, vital bulgu takibi, mobilizasyon serbestliği ve aralıklı olarak NST takibi yapıldı, oral olarak su veya meyve suyu içmelerine izin verildi. Deneysel grubunun, doğum sürecinin tamamı araştırmacı tarafından değerlendirildi ve doğum eylemi sürecinde Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4) ve doğum sonunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B(W-DEQ) (Ek 5) ve Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) dolduruldu.

**2.Kontrol Grubu:** Kontrol grubunu, araştırma evreni içerisinde randomizasyon yöntemi ile seçilen araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar oluşturdu. Örneklem kriterlerine uyan kontrol grubu gebelere çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A(W-DEQ) (Ek 3) uygulandı. Bu gebelere gebelikleri süresince ve doğumlarında araştırmacı tarafından herhangi bir destek ve bakım verilmedi. Araştırmaya katılan kontrol grubu (n=30) gebelerin doğumları Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleşti. Hastanenin doğumhane kısmında 1 adet özel oda bulunmaktadır. Bu oda da bir yatak, bir jinekolojik masa bir lavabo, plates topu ve gebenin rahat hareket edebileceği alandan oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan gebeler doğum eylemi süresince bu oda da takip edildi. Standart doğum odası bakımı uygulandı. Gebelere, hastanenin normal doğum takip prosedürü olarak, damar yolu açıldı, vital bulgu takibi, mobilizasyon serbestliği ve aralıklı olarak NST takibi yapıldı, oral olarak su veya meyve suyu içmelerine izin verildi. Kontrol grubunun doğum sürecinin tamamı araştırmacı tarafından gözlemlendi ve doğum eylemi sürecinde Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4), doğum sonunda Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B(W-DEQ) (Ek 5) ve Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) dolduruldu.

### 3.3. Verilerin Toplanması

#### Deney ve Kontrol Grubuna;

Kadınlara araştırmaya katılmadan önce aydınlatılmış onam formundaki bilgiler okundu ve onamları alındı (Ek-1). Veri toplama aracı olarak, Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu(Ek-2), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (W-DEQ) (Ek 3), Visual Analog Skala (VAS)(Ek 4), Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (W-DEQ) (Ek 5), Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) kullanıldı.

#### Araştırma verileri üç aşamalı olarak toplandı.

**I. aşaması:** araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, randomizasyon yöntemi ile belirlenen deney-kontrol gebelere araştırmacı tarafından Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu(Ek 1), Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu(Ek 2) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (W-DEQ)(Ek 3) uygulandı. Deney grubuna 4 haftalık doğuma hazırlık eğitimi toplam 12 saat, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğuma Hazırlık Gebe Eğitim Merkezi'nde verildi.

**II. aşaması:** gebelerin doğum eyleminin başlamasıyla birlikte doğum odasında araştırmacı tarafından takipleri yapıldı. Çalışmaya katılan deney grubu gebelerin doğum eylemi süresince takipleri araştırmacı tarafından yapılarak, eğitimler sırasında öğretilen nefes, gevşeme, görselleştirme ve derinleşme egzersizlerinin uygulaması sağlandı. Çalışmaya katılan kontrol grubu gebeler doğum eylemi süresince aynı oda da takip edildi. Ancak standart doğum odası bakımı uygulandı. Bu süreçte deney ve kontrol grubu gebelere Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4) sı uygulandı.

**III. aşaması** ise lohusa odasında (deney ve kontrol) gerçekleştirildi. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (W-DEQ) (Ek 5) ve Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve gözlem yöntemi ile toplandı.

#### 3.3.1. Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen bu form gebenin değerlendirilmesi amacıyla gebelik döneminde dolduruldu. Formda yer alan sorular; sosyo-demografik özellikler, şimdiki gebeliği öyküsü, gebeliği isteme durumu, gebelik ve doğuma ilişkin bilgiler, doğuma ilişkin korku durumu ve doğum hazırlık öyküsüne ilişkin bilgileri içermektedir.

### 3.3.2. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (W-DEQ) (Ek 3)

Gebelik döneminde uygulanan olan Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A (W-DEQ), 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 güvenilirliği 0.91 olarak bulunmuştur(93).

### 3.3.3. Visual Analog Skala (VAS) (Ek 4)

Doğum eylemisürecinde uygulanan, Visual Analog Skala (VAS) ölçeği sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir(94).

### 3.3.4. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B (W-DEQ) (Ek 5)

Doğum sonrasında loğusa odasında uygulanan Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği B(W-DEQ), 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. Karşılaştırmalı uyum ölçeği (comparative fit index) ve Tucker-Levis indeksine(TLI) göre yapılan güvenilirlik değeri 0.90'dan daha büyük 0.95 olarak bulunmuştur (95).

### 3.3.5. Doğum Sonrası Değerlendirme Formu (Ek 6)

Doğum sonrasında loğusa odasında uygulanan bu form doğum sonrası dönemin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Formda yer alan sorular; doğum eylemi, yenidoğanın özellikleri, doğum sonu anne bebek etkileşimi ve kadınların Hipnobirth(hipnozla doğum) hakkında ki düşüncelerini içermektedir.

### 3.3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan gebeler çalışmaya kolaylık sağlaması bakımından tek hekimin gebe polikliniğine başvuran gebeler arasından randomizasyon yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma kapsamında deney grubuna dahil edilen gebe sayısı 62, kontrol grubu gebe sayısı 54'dür. Deney grubu gebelerden 53 gebe eğitimi tamamlayabilmiştir. Ancak eğitimlerini tamamladıkları halde araştırmaya dahil olma kriterlerine uymayan (13 gebe sezaryen, 6 gebe induksiyon başlanması, 4 gebe araştırmacının doğumlarına katılmama sebeplerinden dolayı) 23 gebe çalışma dışı kalmıştır. Eğitimlerini tamamlayıp doğumlarında destek olunan 30 gebe deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu gebelerden 14'ü sezaryen, 10 gebeye de induksiyon takılması sebebi ile çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubunda da 30 gebe araştırmaya dahil edilmiştir.

### 3.3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science 20 (SPSS (IBM SPSS Statistics 20)) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, bağımsız iki grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "İki Bağımsız Grup 't' Testi" (t tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U Testi" (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H Testi" ( $\chi^2$  tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için "Bonferroni Düzeltmesi" kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin birbirleriyle olan ilişkisinin yönü, anlamlılığı ve derecesi Spearman korelasyon yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırma gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile, 01 Ocak 2015 ve 30 Haziran 2016 tarihleri arasında, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi gebe polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma koşullarını sağlayan 30 deney, 30 kontrol grubu olmak üzere 60 gebe ile tamamlandı. Araştırmada elde edilen veriler dört grupta incelendi.

1. Grup: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular,
2. Grup: Gebelerin Korku Algılarının Değerlendirilmesi
3. Grup: Gebelerin Ağrı Algılarının Değerlendirilmesi
4. Grup: Gebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarının Değerlendirilmesi

#### 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelere ait sosyo demografik özelliklerin karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarında Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	$\chi^2$	P
<b>Yaş</b>						
25 Yaş ve Altı	6	20,0	12	40,0	4,980	0,083
26-29 Yaş	8	26,7	10	33,3		
30 Yaş ve Üzeri	16	53,3	8	26,7		
<b>Evlilik Süresi</b>					6,185	<b>0,045</b>
1 Yıl	8	26,7	8	26,7		
2 Yıl	5	16,7	13	43,3		
3 Yıl ve Üzeri	17	56,6	9	30,0		
<b>Eğitim Durumu</b>					14,889	<b>0,001</b>
İlköğretim ve Altı	5	16,7	8	26,7		
Lise	6	20,0	17	56,6		
Üniversite	19	63,3	5	16,7		
<b>Çalışma Durumu</b>					2,424	0,119
Çalışıyor	17	56,7	10	33,3		
Çalışmıyor	13	43,3	20	66,7		
<b>Eş Eğitim Durumu</b>					1,674	0,196
Lise ve Altı	11	36,7	17	56,7		
Üniversite	19	63,3	13	43,3		
<b>Ekonomik Durum</b>					11,294	<b>0,004</b>
İyi	11	36,7	4	13,3		
Orta	19	63,3	18	60,0		
Kötü	-	-	8	26,7		
<b>Boy</b>					0,068	0,794
162 cm ve Altı	12	40,0	14	46,7		
163 cm ve Üzeri	18	6,0	16	53,3		
<b>Gebelik Öncesi Kilo</b>					8,905	<b>0,012</b>
55 kg ve Altı	6	20,0	14	46,7		
56 ve 67 kg Arası	18	60,0	7	23,3		
68 kg ve Üzeri	6	20,0	9	30,0		
<b>En Son Kilo</b>					5,512	0,064
67 kg ve Altı	6	20,0	12	40,0		
68 ve 75 kg Arası	14	46,7	6	20,0		
76 kg ve Üzeri	10	33,3	12	40,0		

Tablo 4.1.1. de deney ve kontrol grubu gebelere ait sosyo demografik özelliklerin karşılaştırmalarının dağılımı verildi.

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %53,3'ünün (n=16) otuz yaş ve üzeri olduğu, kontrol grubundaki gebelerin % 26,7 sinin (n=8) ise 30 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Katılımcıların yaş dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p=0,083).

Gebelerin evlilik süreleri dağılımları değerlendirildiğinde, deney grubunun %56,6'sının (n=17) 3 yıl ve üzeri süredir evli olduğu, kontrol grubunun %30,0'nun (n=9) 3 yıl ve üzeri evli olduğu saptandı. Yapılan karşılaştırmada gebelerin evlilik süreleri ile deney kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,045). Deney grubunda 3 yıl ve üzeri süredir evli olanların oranı, kontrol grubunun oranından yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(p=0,001). Deney grubunun %63,3'ü üniversite mezunu olduğu, kontrol grubunun %16,7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlendi. Deney grubunda üniversite mezunu olanların oranı kontrol grubundan fazladır.

Gebelerin eş eğitim durumları incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin %63,3'ünün (n=19) üniversite mezunu olduğu, kontrol grubundaki gebelerin %56,7'sinin (n=17) ise lise ve altı olduğu görüldü. Katılımcıların eş eğitim durumları dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p=0,196).

Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında, deney grubu gebelerin %56,7'sinin (n=17) çalıştığı, kontrol grubu gebelerin %33,3'ünün (n=10) çalıştığı görüldü. Katılımcıların çalışma durumları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,119).

Gebelerin ekonomik durum dağılımları değerlendirildiğinde, deney grubunun %63,3'ünün (n=19) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu olduğu, kontrol grubunun ise %60,0'nın (n=18) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı. Yapılan karşılaştırmada gebelerin ekonomik durumları ile deney kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,004). Deney grubunun orta ekonomik düzeyde olanların oranı, kontrol grubunun oranından yüksektir.

Araştırmaya katılan gebelerin boy uzunluklarına bakıldığında, deney grubu gebelerin %40'nın (n=12) 162 cm ve altı, kontrol grubu gebelerin %53,3'ünün (n=16)

163 cm ve üzeri olduğu görüldü. Katılımcıların boy uzunlukları durumları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,794$ ).

Katılımcıların gebelik öncesi kilo dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,012$ ). Deney grubundaki gebelerin %60,0'nın gebelik öncesi 56-67 kg arasında olduğu ( $n=18$ ), kontrol grubunun %46,7'sinin( $n=14$ ) gebelik öncesi 55 kg ve altı olduğu belirlendi.

Gebelerin en son kilo dağılımları incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin %46,7'sinin( $n=14$ ) şimdiki kilolarının 68-75 kg arasında olduğu, kontrol grubunun %40'nın( $n=12$ ) 67 kg ve altı olduğu ve yine %40'nın( $n=12$ ) 76 kilo ve üzeri olduğu belirlendi. Katılımcıların şimdiki kilo dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,064$ ).

**Tablo 4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarında Obstetrik Öyküsünün Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>Planlı Gebelik Durumu</b>						
Evet, Planlı Gebelik	28	93,3	26	86,7	0,754	0,385
Hayır, Planlı Değil	2	6,7	4	13,3		
<b>Gebelik Haftası (eğitime başlama)</b>					7,124	<b>0,008</b>
22-28 Hafta	10	33,3	1	3,3		
29-36 Hafta	20	66,7	29	96,7		
<b>Gebe Kalma Durumu</b>					0,393	0,531
Kendiliğinden	25	83,3	22	73,3		
Tedavi Gebeliği	5	16,7	8	26,7		

Tablo 4.1.2. de deney ve kontrol grubu gebelerin obstetrik öykü karşılaştırmalarının dağılımı verildi.

Katılımcıların gebeliklerinin planlı bir gebelik olup olmadığı incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %93,3'ünün ( $n=28$ ) gebeliklerinin planlı olduğu, kontrol grubundaki gebelerin %86,7'sinin ( $n=26$ ) gebeliklerinin planlı olduğu görülmüştür. Katılımcıların gebeliklerinin planlı olup olmadığı dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,385$ ).



Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftaları değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,008$ ). Deney grubundaki gebelerin %66,7'sinin ( $n=20$ ) 29-36 haftalarada olduğu, kontrol grubundaki gebelerin %96,7'sinin ( $n=29$ ) gebeliklerinin 29-36 haftalarda olduğu görüldü. Kontrol grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranı, deney grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranından yüksektir.

Katılımcıların gebe kalma durumu değerlendirildiğinde; deney grubundaki gebelerin %83,3'ünün ( $n=25$ ) kendiliğinden gebe kaldığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %73,3'ünün ( $n=22$ ) kendiliğinden gebe kaldığı bulundu. Katılımcıların gebelik şekli dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,531$ ).

**Tablo 4.1.3. Deney ve Kontrol Gruplarında Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsünün Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	$\chi^2$	P
<b>Doğum Yapma Düşüncesi Korku Durumu</b>	23	76,7	23	76,7	0,000	1,000
Evet	7	23,3	7	23,3		
Hayır						
<b>Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumu</b>					0,269	0,604
Evet	12	40,0	15	50,0		
Hayır	18	60,0	15	50,0		
<b>Ağrıyı Gidermek İçin Her Hangi Bir Yöntem Bilme</b>					4,565	<b>0,033</b>
Evet	11	36,7	3	10,0		
Hayır	19	63,3	27	90,0		
<b>Daha Önce Hipnoz Olma Durumu</b>					1,404	0,236
Evet	3	10,0	-	-		
Hayır	27	90,0	30	100,0		
<b>Hipnobirth Doğum Şeklini Duyma</b>					1,595	0,450
Evet	12	40,0	11	34,6		
Hayır	18	60,0	19	65,4		
<b>Önceden Doğum Hazırlık Kursuna Katılma</b>					11,132	<b>0,001</b>
Evet	11	36,7	-	-		
Hayır	19	63,3	30	100,0		

Tablo 4.1.3. de deney ve kontrol grubu gebelerin doğuma hazırlık ve beklenti öyküsünün karşılaştırmalarının dağılımı verildi.

Katılımcıların doğum korkularının olup olmadığı incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %76,7'sinin (n=23) korktuğu, kontrol grubundaki gebelerin de %76,7'sinin (n=23) korktuğu görüldü. Gebelerin doğum korkularının olup olmadığı değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=1,000).

Araştırmaya katılan gebelerin doğumla ilgili bilgi alma durumları değerlendirildiğinde, deney grubundaki gebelerin %60'nın (n=18) bilgi almadığı, kontrol grubundaki gebelerin de %50,0'sinin (n=15) bilgi almadığı görüldü. Gebelerin doğumla ilgili bilgi alma durumları dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,604).

Gebelerin doğum ağrısını gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmediği incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu(p=0,033). Deney grubundaki gebelerin %63,3'nün (n=19) herhangi bir yöntemi bilmedikleri, kontrol grubundaki gebelerin ise %90,0'nın (n=27) doğum ağrısını gidermek için kullanılan herhangi bir yöntemi bilmedikleri görüldü. Kontrol grubundaki ağrı gidermek için herhangi bir yöntem bilmeyenlerin oranı, deney grubundaki bilmeyenlerin oranından yüksektir.

Katılımcıların daha önce hipnoz olup olmadığı incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %90'nın (n=27), kontrol grubundaki gebelerin de tamamının (n=30) daha önce hiç hipnoz olmadığı görüldü. Gebelerin daha önce hipnoz olup olmadığı dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,236). Araştırmaya katılan gebelerin daha önce hypnobirt doğum şeklini duyup duymadığı incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin %60'nın (n=18), kontrol grubundaki gebelerin de %65,4'ünün (n=19) daha önce hypnobirt doğum şeklini duymadıklarını bildirdiler. Gebelerin daha önce hypnobirt doğum şeklini duymaları ile ilgili dağılımları değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,450).

Araştırmaya katılan gebelerin daha önce bir doğuma hazırlık kursuna katılıp katılmama durumları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,001). Deney grubundaki gebelerin

%63,3'nün (n=19), kontrol grubundaki gebelerin ise tamamının(n=30) daha önce herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katılmadığı belirlendi.

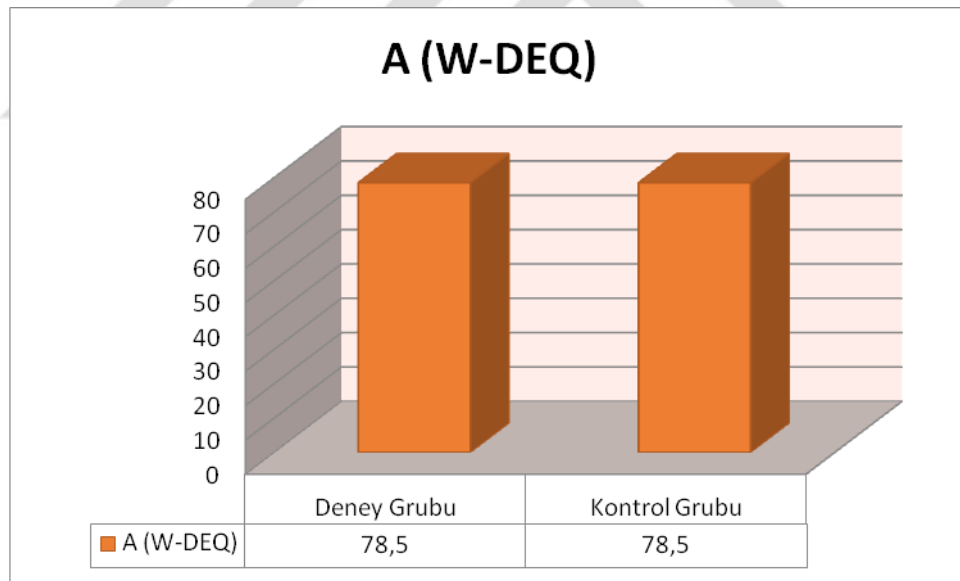
#### 4.2. Gebelerin Korku Algılarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelere korku algılarının karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.2.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz Olasılık
A (W-DEQ)	78,5 [15-137]	78,5 [10-95]	Z=-1,102 p=0,270

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.



**Grafik 4.2.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Deney/Kontrol grubuna göre gebelerde Wijma A Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubu ölçek puan ortalamasının 78,5 ve dağılım aralığı 15-137, kontrol grubu ölçek puan ortalamasının 78,5 ve dağılım aralığı 10-95 olduğu belirlendi. Gebelerin eğitime katılma durumlarına göre Wijma/Doğum

Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.2.2. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	A (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Yaş</b> 25 Yaş ve Altı 26-29 Yaş 30 Yaş ve Üzeri	90,17±26,04 61,62±25,58 73,19±24,95	71,75±17,94 65,90±20,02 63,75±27,09	$\chi^2=4,980$ $p=0,083$
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	F=2,181 $p=0,132$	F=0,389 $p=0,681$	
<b>Evlilik Süresi</b> 1 Yıl 2 Yıl 3 Yıl ve Üzeri	66,63±31,79 74,00±10,30 76,58±27,45	65,87±19,19 74,46±13,58 59,44±28,75	$\chi^2=6,185$ <b><math>p=0,045</math></b>
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	F=0,374 $p=0,692$	F=1,461 $p=0,250$	
<b>Eğitim Durumu</b> İlköğretim ve Altı Lise Üniversite	83,0 [74,0-137,0] 82,5 [29,0-96,0] 66,0 [15,0-104,0]	79,5 [38,0-95,0] 80,0 [10,0-89,0] 57,0 [40,0-81,0]	$\chi^2=14,889$ <b><math>p=0,001</math></b>
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	$\chi^2=3,438$ $p=0,179$	$\chi^2=2,134$ $p=0,344$	
<b>Çalışma Durumu</b> Çalışıyor Çalışmıyor	72,06±24,67 75,38±29,27	69,5 [10,0-84,0] 79,5 [27,0-95,0]	$\chi^2=2,424$ $p=0,119$
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,338 $p=0,738$	Z=-0,925 $p=0,355$	
<b>Eş Eğitim Durumu</b> Lise ve Altı Üniversite	81,64±25,77 68,79±26,16	80,0 [27,0-95,0] 62,0 [10,0-85,0]	$\chi^2=1,674$ $p=0,196$
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=1,303 $p=0,203$	Z=-1,194 $p=0,232$	
<b>Ekonomik Durum</b> İyi Orta Kötü	78,09±28,82 70,84±25,20 -	69,0 [10,0-84,0] 71,5 [27,0-95,0] 83,5 [38,0-89,0]	$\chi^2=11,294$ <b><math>p=0,004</math></b>
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=0,721 $p=0,477$	$\chi^2=3,031$ $p=0,220$	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2.2’de gebelerin demografik özelliklerine göre Wijma A Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların yaş dağılımları, evlilik süreleri, eğitim durumları, sosyoekonomik durumları, gebelerin çalışıp- çalışmama durumları ve eşlerinin eğitim durum dağılımları ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında, Wijma A Ölçeği puan ortalamalarına göre deney/kontrol grubu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süreleri karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin evlilik süreleri 3 yıl ve üzeri olanların puan ortalaması  $76,58\pm 27,45$  ve kontrol grubundaki gebelerin evlilik süresi 2 yıl olanların puan ortalaması  $74,46\pm 13,58$  olarak bulundu. Evlilik süresi ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=6,185;p=0,045$ ). Deney grubunda 3 yıl ve üzeri süredir evli olanların oranı, kontrol grubunun oranından yüksektir.

Gebelerin eğitim durumu dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki eğitim durumu ilköğretim ve altı gebelerin puan aralığı  $83,0 [74,0-137,0]$  ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumu lise olanların puan aralığı  $80,0 [10,0-89,0]$  olarak bulundu. Eğitim durumu ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=14,889;p=0,001$ ). Deney grubunun %63,3’ü üniversite mezunu olduğu, kontrol grubunun %56,6’sının lise mezunu olduğu belirlendi.

Katılımcıların sosyoekonomik durum dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin ekonomik durumu iyi olanların puan ortalaması  $78,09\pm 28,82$  ve kontrol grubundaki gebelerin ekonomik durumu kötü olanların puan aralığı  $83,5 [38,0-89,0]$  olarak bulundu. Ekonomik durum ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=11,294;p=0,004$ ). Deney grubunun orta ekonomik düzeyde olanların oranı, kontrol grubunun oranından yüksektir.

**Tablo 4.2.3. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	A (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Boy</b>			
162 cm ve Altı	72,17±26,34	81,5 [10,0-89,0]	$\chi^2=0,068$ p=0,794
163 cm ve Üzeri	74,39±27,05	64,0 [38,0-95,0]	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,223	Z=0,197	
<b>Olasılık</b>	p=0,825	p=0,208	
<b>Gebelik Öncesi Kilo</b>			
55 kg ve Altı	69,17±36,01	79,0 [27,0-95,0]	$\chi^2=8,905$ <b>p=0,012</b>
56 ve 67 kg Arası	72,11±27,16	81,0 [38,0-89,0]	
68 kg ve Üzeri	82,00±9,94	78,0 [10,0-81,0]	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=0,402	$\chi^2=0,808$	
<b>Olasılık</b>	p=0,673	p=0,668	
<b>En Son Kilo</b>			
67 kg ve Altı	82,0 [15,0-95,0]	82,0 [27,0-95,0]	$\chi^2=5,512$ p=0,064
68 ve 75 kg Arası	74,5 [29,0-137,0]	50,0 [38,0-89,0]	
76 kg ve Üzeri	81,0 [24,0-92,0]	79,5 [10,0-84,0]	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	$\chi^2=0,021$	$\chi^2=3,526$	
<b>Olasılık</b>	p=0,989	p=0,171	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2.3’de gebelerin demografik özelliklerine göre Wijma A Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların(deney/kontrol) boy, gebelik öncesi kiloları ve son kilo dağılımları ile Wijma A Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Katılımcıların gebelik öncesi kilolarının dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin 68 kilo ve üzeri olanların puan ortalaması 82,00±9,94 ve kontrol grubundaki gebelerin 56-67 kilo aralığında olanların puan aralığı 81,0 [38,0-89,0] olarak bulundu. Gebelik öncesi kilo ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=8,905$ ;p=0,012). Deney grubunun %60,0’ı gebelik öncesi 56-67 kg arasında olduğu, kontrol grubunun %46,7’si gebelik öncesi 55 kg ve altı olduğu belirlendi.

**Tablo 4.2.4. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	A (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Planlı Gebelik Durumu</b>			
Evet, Planlı Gebelik	74,86±26,23	78,5 [10,0-95,0]	$\chi^2=0,754$
Hayır, Planlı Değil	54,50±27,58	78,5 [38,0-81,0]	p=0,385
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=1,059	Z=-0,489	
<b>Olasılık</b>	p=0,229	p=0,625	
<b>Gebelik Haftası(eğitime başlama)</b>			
22-28 Hafta	69,80±26,18	67,34±21,17	$\chi^2=7,124$
29-36 Hafta	75,5±26,88	66,44±22,14	<b>p=0,008</b>
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,538	t=1,063	
<b>Olasılık</b>	p=0,595	p=0,289	
<b>Gebelik Şekli</b>			
Kendiliğinden	73,00±28,58	77,5 [27,0-89,0]	$\chi^2=0,393$
Tedavi Gebeliği	76,00±10,79	80,5 [10,0-95,0]	p=0,531
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,229	Z=-0,728	
<b>Olasılık</b>	p=0,821	p=0,467	
<b>Gebeliğe İlk Kontrole Geliş</b>			
4. Haftada	64,75±26,10	71,0 [10,0-95,0]	$\chi^2=3,800$
5-8. Haftada	82,29±22,91	78,0 [27,0-89,0]	p=0,284
9 Hafta ve Üzeri	-	80,0 [38,0-81,0]	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-1,918	$\chi^2=0,332$	
<b>Olasılık</b>	p=0,066	p=0,847	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2.4'de gebelerin obstetrik özelliklerine göre Wijma A Ölçeğinin karşılaştırılması dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların gebeliklerinin planlı olup olmadığı, gebelik haftaları, gebe kalma şekilleri ve ilk kontrol zaman dağılımları ile Wijma A Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı(p>0,05).

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftaları karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması 75,5±26,88 ve kontrol grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması 66,44±22,14 olarak bulundu. Gebelik haftası ile deney/kontrol grubu

arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=7,124;p=0,008$ ). Kontrol grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranı, deney grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranından yüksektir.

**Tablo 4.2.5. Gebelerin Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsüne Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	A (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Doğum Yapma Düşüncesi Korku Durumu</b>			
Evet	83,52±18,94	81,0 [38,0-95,0]	$\chi^2=0,000$
Hayır	40,57±19,63	41,0 [10,0-62,0]	p=1,000
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=5,212	Z=-3,142	
<b>Olasılık</b>	<b>p=0,001</b>	<b>p=0,002</b>	
<b>Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumu</b>			
Evet	51,83±22,61	62,0 [10,0-95,0]	$\chi^2=0,269$
Hayır	87,94±17,31	80,0 [40,0-89,0]	p=0,604
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-4,953	Z=-1,246	
<b>Olasılık</b>	<b>p=0,000</b>	p=0,213	
<b>Ağrıyı Gidermek İçin Herhangi Bir Yöntem Bilme</b>			
Evet	61,36±25,35	57,0 [10,0-95,0]	$\chi^2=4,565$
Hayır	80,53±24,86	79,0 [27,0-89,0]	<b>p=0,033</b>
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-2,020	Z=-0,519	
<b>Olasılık</b>	p=0,053	p=0,604	
<b>Hipnobirth Doğum Şeklini Duyma</b>			
Evet	58,42±25,62	58,5 [10,0-85,0]	$\chi^2=1,595$
Hayır	83,56±22,14	80,0 [41,0-95,0]	p=0,450
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-2,862	Z=-2,137	
<b>Olasılık</b>	<b>p=0,008</b>	<b>p=0,033</b>	
<b>Önceden Doğum Hazırlık Kursuna Katılma</b>			
Evet	62,91±25,36	-	$\chi^2=11,132$
Hayır	79,63±25,52	67,66±20,87	<b>p=0,001</b>
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-1,733	-	
<b>Olasılık</b>	p=0,094	-	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.2.5’de gebelerin doğum beklentisi ve doğuma hazırlık öyküsüne göre Wijma A Ölçeğinin karşılaştırılması dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların doğum korkusu ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin doğum yapmaktan korkanların puan ortalaması 83,52±18,94 ve kontrol grubundaki gebelerin doğum yapmaktan korkanların puan aralığı 81,0 [38,0-



95,0] olarak bulundu. Deney ve kontrol grubuna ait doğum yapma düşüncesi korku durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Doğum yapmaktan korkan deneklerin ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı durum kontrol grubu içinde geçerlidir. Ancak bu farklılıklara rağmen Deney/Kontrol grubu değişkeni ile doğum yapma korkusu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p > 0,05$ ).

Araştırmacıların doğumla ilgili bilgi alma durumları ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin doğumla ilgili bilgi almayanların puan ortalaması  $87,94 \pm 17,31$  ve kontrol grubundaki gebelerin doğumla ilgili bilgi almayanların puan aralığı  $80,0 [40,0-89,0]$  olarak bulundu. Deney grubuna ait doğumla ilgili bilgi alma durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Deney grubunda doğumla ilgili bilgi alanların, bilgi almayanlara göre ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi, ancak deney grubunda bu değer istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu görüldü. Ayrıca deney/kontrol grubu değişkeni ile katılımcıların doğumla ilgili bilgi alma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan gebelerin doğum ağrısını gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmedikleri ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin herhangi bir yöntemi bilmeyenlerin puan ortalaması  $80,53 \pm 24,86$  ve kontrol grubundaki gebelerin herhangi bir yöntemi bilmeyenlerin puan aralığı  $79,0 [27,0-89,0]$  olarak bulundu. Deney grubuna ait ağrıyı gidermek için herhangi bir yöntem bilme durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). Kontrol grubuna ait ağrı gidermek için herhangi bir yöntem bilme durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). Ağrıyı gidermek için herhangi bir yöntem bilme ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2 = 4,565; p = 0,033$ ). Kontrol grubundaki ağrı gidermek için başka yöntem bilmeyenlerin oranı, deney grubundaki ağrı gidermek için herhangi bir yöntem bilmeyenlerin oranından yüksektir.

Deney ve kontrol grubuna ait hipnobirth doğum şeklini duyma durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Katılımcılardan daha önce hipnobirth doğum şeklini duymayanların ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı durum kontrol grubu içinde

geçerlidir. Ancak bu farklılıklara rağmen Deney/Kontrol grubu değişkeni ile hipnobirth doğum şeklini duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Deney grubuna ait daha önceden herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Kontrol grubuna ait önceden doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan gebelerin daha önceden herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katılma durumu ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=11,132;p=0,001$ ). Kontrol grubunun tamamı, deney grubunun ise %63,3'ü daha önce bir doğuma hazırlık kursuna katılmamıştır.

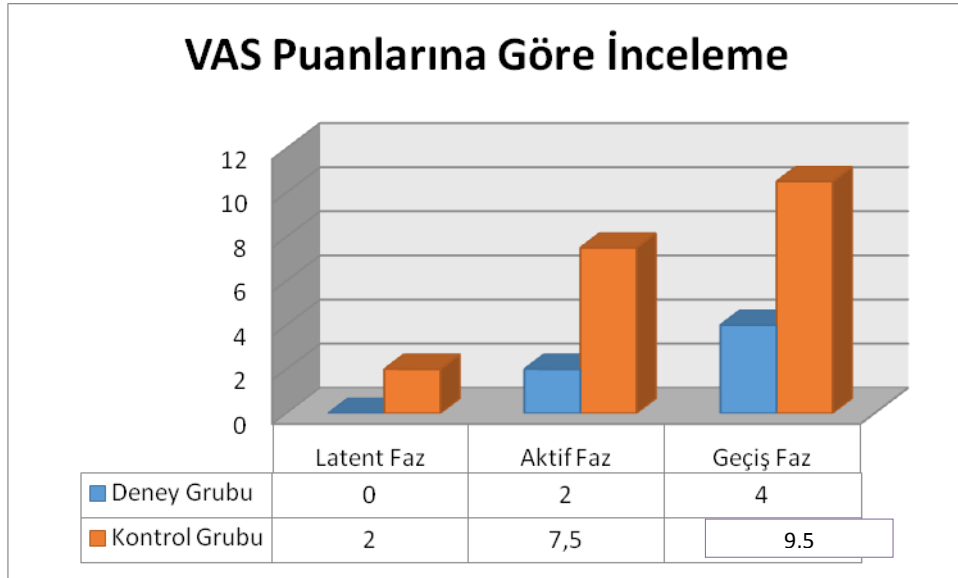
#### 4.3. Gebelerin Ağrı Algılarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelerin ağrı algılarının karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.3.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde VAS Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz Olasılık
Latent Faz	0,00 [0-3]	2 [0-4]	Z=-5,575 <b>p=0,000</b>
Aktif Faz	2,00 [0-7]	7,5 [4-10]	Z=-6,442 <b>p=0,000</b>
Geçiş Faz	4,00 [1-10]	9,5 [9-10]	Z=-6,629 <b>p=0,000</b>

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.



**Grafik 4.3.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde VAS Puanlarının Karşılaştırılması**

Tablo 4.3.1.'de katılımcıların VAS puanlarına göre latent, aktif ve geçiş fazları açısından deney/kontrol grupları dağılımları yer almaktadır.

Deney grubu kadınların kontrol grubundakilere göre tüm fazlarda aldıkları puanların daha düşük olduğu bulundu. Bütün fazlarda kontrol grubunun değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi. Gebelerin VAS puanlarına göre latent, aktif ve geçiş fazları açısından deney/kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Bu bulgular doğrultusunda deney grubunda yer alan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum eyleminin dilatasyon evresinde ağrıyı daha az algıladığı görüldü.

Tablo 4.3.2. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri Göre Latent, Aktif ve Geçiş Fazının Karşılaştırılması

Değişken	Latent Faz		Aktif Faz		Geçiş Faz		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Doğuma Yardım Eden Kişi</b>							
Ebe	-	3,00±0,89	-	9,00±1,26	-	11,00±0,25	$\chi^2=56,170$ <b>p=0,000</b>
Doktor	-	2,29±1,04	-	7,17±1,66	-	10,29±0,62	
Diğer(doktor+ebe)	0,47±0,86	-	2,43±1,45	-	4,27±2,08	-	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	-	t=1,526 p=0,138	-	t=2,516 <b>p=0,018</b>	-	t=5,560 <b>p=0,000</b>	
<b>Doğumda Herhangi Bir Müdahale</b>							
Hayır	0,25±0,46	-	2,25±1,16	-	4,25±1,16	-	$\chi^2=1,017$ p=0,313
Epizyotomi/Dikişli	0,55±0,96	2,79±0,89	2,50±1,57	7,86±1,99	4,27±2,35	10,42±0,76	
Epizyotomi + Fundal Basınç	-	2,13±1,13	-	7,40±1,40	-	10,47±0,52	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,827 p=0,415	t=1,721 p=0,097	t=-0,410 p=0,685	t=0,718 p=0,479	t=-0,026 p=0,979	t=-0,159 p=0,875	
<b>Doğum Cinsiyeti</b>							$\chi^2=0,067$ p=0,796
Erkek	0,38±0,80	2,40±1,35	2,25±1,06	7,53±2,09	4,31±1,49	10,47±0,52	
Kız	0,57±0,94	2,47±0,64	2,64±1,82	7,53±1,36	4,21±2,67	10,40±0,74	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,617 p=0,542	t=-0,173 p=0,864	t=-0,732 p=0,470	t=0,000 p=1,000	t=0,127 p=0,900	t=0,287 p=0,776	
<b>Ten Tene Temas</b>							$\chi^2=41,713$ <b>p=0,000</b>
Evet	0,46±0,88	2,67±1,15	2,43±1,50	8,00±1,73	4,29±2,16	10,67±0,58	
Hayır	0,50±0,70	2,40±1,05	2,50±0,70	7,48±1,76	4,00±0,00	10,41±0,64	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,056 p=0,956	t=0,404 p=0,690	t=-0,066 p=0,948	t=0,484 p=0,632	t=0,184 p=0,855	t=0,674 p=0,506	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.3.2.'de gebelerin doğum sonrası değerlendirmelerine göre Latent, Aktif ve Geçiş fazının karşılaştırılması deney/kontrol grupları dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan deney/kontrol grubu kadınlar doğuma yardım eden kişi açısından değerlendirildiğinde, kontrol grubunda aktif ve geçiş fazı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubunda aktif ve geçiş fazında doğumunda ebe desteği alan kadınların ortalama puanlarının, doğumunda doktor desteği alan kadınların puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi.

Gebelerin doğum sonrası değerlendirmelerine göre Latent, Aktif ve Geçiş fazının karşılaştırılması deney/kontrol grupları dağılımlarında doğumda herhangi bir müdahale, yenidoğanın cinsiyeti ve ten tene temas sağlama durumları karşılaştırmalarında herhangi bir anlamlılık tespit edilmedi ( $p > 0,05$ ).



**Tablo 4.3.3. Gebelerin Obstetrik Değerlendirmelerine Göre Latent, Aktif ve Geçiş Fazının Karşılaştırılması**

Değişken	Latent Faz		Aktif Faz		Geçiş Faz		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Planlı Gebelik Durumu</b>							
Evet, Planlı Gebelik	0,46±0,88	2,46±1,03	2,36±1,47	7,54±1,77	4,19±2,13	10,46±0,65	$\chi^2=0,754$ p=0,385
Hayır, Planlı Değil	0,50±0,71	2,25±1,26	3,50±0,71	7,50±1,73	5,50±0,71	10,25±0,50	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,056 p=0,956	t=0,373 p=0,712	t=-1,076 p=0,291	t=0,041 p=0,968	t=-0,863 p=0,396	t=0,622 p=0,539	
<b>Gebelik Haftası</b>							
22-28 Hafta	0,50±0,97	-	2,50±1,35	-	4,10±1,59	-	$\chi^2=7,124$ p=0,008
29-36 Hafta	0,45±0,83	2,41±1,06	2,40±1,54	7,55±1,76	4,35±2,32	10,48±0,57	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=0,147 p=0,884	-	t=0,175 p=0,863	-	t=-0,305 p=0,763	-	
<b>Gebelik Şekli</b>							
Kendiliğinden	0,52±0,92	2,41±1,14	2,40±1,55	7,41±1,94	4,04±2,09	10,36±0,66	$\chi^2=0,393$ p=0,531
Tedavi Gebeliği	0,20±0,45	2,50±0,76	2,60±0,89	7,88±0,99	5,40±1,82	10,63±0,52	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=0,754 p=0,457	t=-0,208 p=0,837	t=-0,276 p=0,784	t=-0,643 p=0,525	t=-1,315 p=0,187	t=-1,012 p=0,320	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir

Tablo 4.3.3.'de gebelerin obstetrik değerlendirmelerine göre Latent, Aktif ve Geçiş Fazının karşılaştırılması deney/kontrol grupları dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kebelere obstetrik öykülerine göre latent, aktif ve geçiş fazı açısından deney/kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

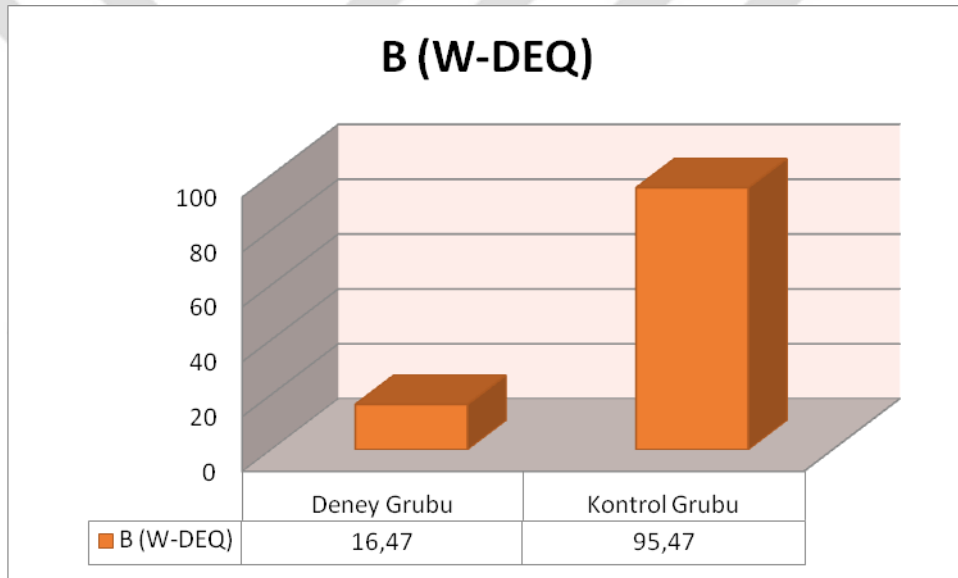
#### 4.4. Gebelerin Doğum Sonu Dönemdeki Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelerin doğum sonu dönemdeki dağılımları yer almaktadır.

**Tablo 4.4.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz Olasılık
B (W-DEQ)	16,47±7,21	95,47±22,64	t=-18,208 p=0,000

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.



**Grafik 4.4.1. Deney/Kontrol Grubuna Göre Gebelerde Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Tablo 4.4.1'de deney/kontrol grubuna göre gebelerde Wijma B Ölçeğinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Buna göre gebelerin eğitime katılma ve hypnobirth ile doğum yapmaları durumları ile Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (t=-6,441; p=0,000). Deney grubu gebelerin puan ortalamaları 16,47±7,21 kontrol grubu gebelerin puan ortalamalarından (95,47±22,64) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu sonuçlar doğrultusunda hypnobirt doğumun gebelerin doğum korkularını azalttığı bulundu.

**Tablo 4.4.1. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	B (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Yaş</b>			
25 Yaş ve Altı	18,5 [14,0-28,0]	98,08±21,83	$\chi^2=4,980$ p=0,083
26-29 Yaş	15,5 [9,0-27,0]	87,60±21,01	
30 Yaş ve Üzeri	13,5 [3,0-38,0]	101,38±25,83	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	$\chi^2=2,759$	F=0,953	
<b>Olasılık</b>	p=0,252	p=0,398	
<b>Evlilik Süresi</b>			
1 Yıl	19,5 [7,0-38,0]	104,63±28,42	$\chi^2=6,185$ <b>p=0,045</b>
2 Yıl	21,0 [14,0-28,0]	94,00±22,48	
3 Yıl ve Üzeri	13,0 [3,0-22,0]	89,44±16,30	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	$\chi^2=4,839$	F=1,00	
<b>Olasılık</b>	p=0,089	p=0,381	
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlköğretim ve Altı	19,60±5,55	91,25±30,48	$\chi^2=14,889$ <b>p=0,001</b>
Lise	20,17±11,08	97,24±20,86	
Üniversite	14,47±5,59	96,20±17,34	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	F=2,145	F=0,182	
<b>Olasılık</b>	p=0,137	p=0,834	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	17,00±8,48	94,60±22,61	$\chi^2=2,424$ p=0,119
Çalışmıyor	15,77±5,37	95,90±23,23	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=0,457	t=-0,146	
<b>Olasılık</b>	p=0,651	p=0,885	
<b>Eş Eğitim Durumu</b>			
Lise ve Altı	18,54±8,54	93,29±26,12	$\chi^2=1,674$ p=0,196
Üniversite	15,26±6,24	98,31±17,70	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=1,211	t=-0,594	
<b>Olasılık</b>	p=0,236	p=0,557	
<b>Ekonomik Durum</b>			
İyi	15,45±5,99	82,50±25,04	$\chi^2=11,294$ <b>p=0,004</b>
Orta	17,05±7,93	95,39±13,11	
Kötü	-	102,13±35,93	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,578	F=1,002	
<b>Olasılık</b>	p=0,568	p=0,380	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.



Tablodaki bütün değişkenler açısından Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanlarının deney grubunun değerlerinin, kontrol grubundan düşük olduğu görülmüştür. Deney grubuna ait değişkenlere göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kontrol grubuna ait değişkenlere göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan gebelerin evlilik süreleri karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin evlilik süreleri 2 yıl ve üzeri olanların puan aralığı 21,0 [14,0-28,0] ve kontrol grubundaki gebelerin evlilik süresi 1 yıl olanların puan aralığı 104,63±28,42 olarak bulundu. Evlilik süresi ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=6,185;p=0,045$ ). Deney grubundaki gebelerin evlilik süreleri, kontrol grubunun oranından yüksektir.

Gebelerin eğitim durumu dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki eğitim durumu lise olan gebelerin puan ortalaması 20,17±11,08 ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumu lise olanların puan ortalaması 97,24±20,86 olarak bulundu. Eğitim durumu ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=14,889;p=0,001$ ). Deney grubunun %20,0'ı lise mezunu olduğu, kontrol grubunun %56,6'sının lise mezunu olduğu belirlendi.

Katılımcıların sosyoekonomik durum dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin ekonomik durumu orta olanların puan ortalaması 17,05±7,93 ve kontrol grubundaki gebelerin ekonomik durumu kötü olanların puan ortalaması 102,13±35,93 olarak bulundu. Ekonomik durum ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=11,294;p=0,004$ ). Deney grubunun orta ekonomik düzeyde olanların oranı, kontrol grubunun oranından yüksektir.

**Tablo 4.4.2. Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	B (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Boy</b>			
162 cm ve Altı	13,5 [9,0-38,0]	105,93±21,77	$\chi^2=0,068$
163 cm ve Üzeri	15,5 [3,0-27,0]	86,31±19,72	p=0,794
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	Z=-0,042 p=0,966	t=2,590 <b>p=0,016</b>	
<b>Gebelik Öncesi Kilo</b>			
55 kg ve Altı <sup>(1)</sup>	16,17±6,62	103,50±19,28	$\chi^2=8,905$
56 ve 67 kg Arası <sup>(2)</sup>	17,33±7,72	98,71±27,49	<b>p=0,012</b>
68 kg ve Üzeri <sup>(3)</sup>	14,17±6,79	80,44±17,66	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	F=0,423 p=0,659	F=3,424 <b>p=0,047</b>	
<b>Fark</b>	-	<b>"1-3"</b>	
<b>En Son Kilo</b>			
67 kg ve Altı	14,83±8,98	105,50±17,31	$\chi^2=5,512$
68 ve 75 kg Arası	18,71±7,39	92,17±30,50	p=0,064
76 kg ve Üzeri	14,30±5,38	87,08±20,90	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	F=1,314 p=0,285	F=2,241 p=0,126	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.2’de gebelerin demografik özelliklerine göre Wijma B Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablodaki bütün değişkenler açısından Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanlarının deney grubunun değerlerinin, kontrol grubundan düşük olduğu görüldü. Deney grubuna ait değişkenlere göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Kontrol grubuna ait boy değişkenine göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (t=2,590;p=0,016). Boyu 162 cm ve altı olanların, boyu 163 cm ve üzeri olanlara göre B ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Deney grubunda bu fark gözlemlenmemiştir.

Kontrol grubuna ait gebelik öncesi kilosuna göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (F=3,424;p=0,047). Kontrol grubunda gebelik öncesi kilolara göre farklılığın hangi

gruptan kaynaklandığının tespiti için varyansların homojenliğinden dolayı yapılan Tukey testine göre gebelik öncesi kilosu 55 kg ve altı olanlar ile 68 kg ve üzeri olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 55 kg ve altı olanların B ölçek puanları, 68 kg ve üzeri olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

**Tablo 4.4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	B (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Planlı Gebelik Durumu</b>			
Evet, Planlı Gebelik	16,15±7,11	99,35±20,24	$\chi^2=0,754$ p=0,385
Hayır, Planlı Değil	21,00±9,90	70,25±23,77	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,918 p=0,366	t=2,624 <b>p=0,014</b>	
<b>Gebelik Haftası(eğitime başlama)</b>			
22-28 Hafta	16,50±6,64	-	$\chi^2=7,124$ <b>p=0,008</b>
29-36 Hafta	16,45±7,65	95,06±22,93	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=0,018 p=0,986	-	
<b>Gebelik Şekli</b>			
Kendiliğinden	17,12±6,71	98,45±23,34	$\chi^2=0,393$ p=0,531
Tedavi Gebeliği	13,20±9,52	87,25±19,61	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=1,114 p=0,275	t=1,208 p=0,237	
<b>Gebeliğe İlk Kontrole Geliş</b>			
4. Haftada	14,75±6,18	87,00±19,17	$\chi^2=3,800$ p=0,284
5-8. Haftada	16,41±6,06	106,65±17,69	
9 Hafta ve Üzeri	-	78,00±18,52	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-0,721 p=0,477	F=0,000 p=0,986	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.3'de gebelerin obstetrik özelliklerine göre Wijma B Ölçeğinin karşılaştırılması dağılımı yer almaktadır.

Tablodaki bütün değişkenler açısından Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanlarının deney grubunun değerlerinin, kontrol grubundan düşük olduğu görüldü. Deney grubuna ait değişkenlere göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi

Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı( $p>0,05$ ). Kontrol grubuna ait planlı gebelik değişkenine göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi( $t=2,624;p=0,014$ ). Kontrol grubundaki gebelikleri planlı olan gebelerle, olmayanlara göre B ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Deney grubunda bu fark gözlenmedi.

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftası karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması  $16,45\pm 7,65$  ve kontrol grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması  $95,06\pm 22,93$  olarak bulundu. Gebelik haftası ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=7,124;p=0,008$ ). Kontrol grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranı, deney grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranından yüksektir.

**Tablo 4.4.4. Gebelerin Doğum Beklentisi ve Doğuma Hazırlık Öyküsüne Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	B (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Doğum Yapma Düşüncesi Korku Durumu</b>			
Evet	16,09±5,57	97,43±24,17	$\chi^2=0,000$
Hayır	17,71±11,63	89,00±16,51	p=1,000
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,516	t=0,859	
<b>Olasılık</b>	p=0,610	p=0,398	
<b>Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumu</b>			
Evet	14,5 [9,0-38,0]	89,27±25,31	$\chi^2=0,269$
Hayır	15,5 [3,0-28,0]	101,67±18,42	p=0,604
<b>İstatistiksel Analiz</b>	Z=-0,276	t=-1,534	
<b>Olasılık</b>	p=0,783	p=0,136	
<b>Ağrı Gidermek Herhangi Bir Yöntem Bilme</b>			
Evet	16,00±6,18	76,33±19,73	$\chi^2=4,565$
Hayır	16,74±7,89	97,59±22,25	<b>p=0,033</b>
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,265	t=-1,582	
<b>Olasılık</b>	p=0,793	p=0,125	
<b>Hipnobirth Doğum Şeklini Duyma</b>			
Evet	15,75±7,42	85,70±15,36	$\chi^2=1,595$
Hayır	16,94±7,24	102,63±22,77	p=0,450
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,438	t=-2,104	
<b>Olasılık</b>	p=0,665	<b>p=0,045</b>	
<b>Önceden Doğum Hazırlık Kursuna Katılma</b>			
Evet	14,82±6,31	-	$\chi^2=11,132$
Hayır	17,42±7,68	95,47±22,64	<b>p=0,001</b>
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,951	-	
<b>Olasılık</b>	p=0,350	-	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.4’de gebelerin doğuma hazırlık ve beklenti öyküsüne göre Wijma B Ölçeğinin karşılaştırılması dağılımı yer almaktadır.

Katılımcıların doğumdan korkma durumu, doğumla ilgili bilgi alma durumu, ağrıyı gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmeme ve daha deney grubunun daha önce herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katılıp katılmama durumları Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Araştırmaya katılan gebelerden kontrol grubunda hipnobirth doğum şeklini duyma durumlarına göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ( $Z=-2,104;p=0,045$ ). Kontrol grubunda hipnobirth doğum yöntemini duyanların B ölçek puanı, duymayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Deney grubunda bu fark önemli değildir.

Çalışmaya katılan gebelerin doğum ağrısını gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmedikleri karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin herhangi bir yöntemi bilmeyenlerin puan ortalaması  $16,74\pm 7,89$  ve kontrol grubundaki gebelerin herhangi bir yöntemi bilmeyenlerin puan ortalaması  $97,59\pm 22,25$  olarak bulundu. Deney/kontrol grubu değişkeni ile gebelerin doğum ağrısını gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $\chi^2=4,565; p=0,033$ ). Kontrol grubundaki ağrı gidermek için başka yöntem bilmeyenlerin oranı, deney grubundaki ağrı gidermek için herhangi bir yöntem bilmeyenlerin oranından yüksektir.

Deney grubuna ait önceden doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Kontrol grubuna ait önceden doğuma hazırlık kursuna katılma durumuna göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan gebelerin daha önceden doğuma hazırlık kursuna katılma durumu ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=11,132;p=0,001$ ). Kontrol grubunun tamamı daha önce herhangi bir doğuma hazırlık kursuna katılmamıştır, deney grubunun ise %63,3'ü daha önce bir doğuma hazırlık kursuna katılmadığı bulundu.

**Tablo 4.4.5. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri**

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doğuma Yardım Eden Kişi</b>		
Ebe	6	10,0
Doktor	24	40,0
Diğer(doktor+ebe)	30	50,0
<b>Doğum Pozisyonu</b>		
Litotomi	59	98,3
Çömelme	1	1,7
<b>Doğum Anında Herhangi Bir Müdahale</b>		
Hayır	9	15,0
Epizyotomi/Dikişli Doğum	36	60,0
Epizyotomi + Fundal Basınç	15	25,0
<b>Perine Yırtığı Oluşma Durumu</b>		
Hayır	60	100,0
<b>Servikal Yırtık Oluşma Durumu</b>		
Hayır	60	100,0
<b>Doğum Cinsiyeti</b>		
Erkek	31	51,7
Kız	29	48,3
<b>Yeni Doğanının Özel Bakıma İhtiyacı</b>		
Hayır	58	96,7
Evet	2	3,3
<b>Ten Tene Temas Sağlama</b>		
Evet	31	51,7
Hayır	29	48,3
<b>Doğum Sonrası İlk Anne-Bebek İlişkisi</b>		
İlk 5 Dk. İçinde	28	46,7
6-10 Dk.	4	6,7
11-20 Dk.	8	13,3
21 Dk. ve Üzeri	20	33,3
<b>Doğum Sonrasında İstenmeyen Bir Durum Yaşanmadı</b>	60	100,0
<b>Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısına Etkisi</b>		
Evet	30	100,0
<b>HipnobirthEğitiminde Doğum Sırasında Uygulama</b>		
Evet	30	100,0
<b>Hipnobirth Eğitiminin Doğum Üzerine Etkileri*</b>		
Rahatlamaya Yardımcı Oldu	30	25,0
Huzur ve Güven Verdi	30	25,0
Ağrılarımı Hissetmemi Azalttı	30	25,0
Ortama Uyum Sağlamama Yardımcı Oldu	30	25,0
<b>Hipnobirth Doğumu Yakınlara Önerme</b>		
Evet, Öneririm	30	100,0

\* Bu soruya birden fazla cevap verilebildiği için “n” artmıştır ve yüzdeler artan “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4.5’de gebelerin doğuma sonrası değerlendirilmelerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Çalışmaya katılan gebelerin doğum sonrası değerlendirmelerine göre, 30 kadının (deney, %100,0) doğumuna yardım eden kişinin doktor ve ebe(hypnobirt eğitmeni, araştırmacı), 24 kadının(kontrol, %40,0) doğumuna sadece doktor desteği ve 6 kadının da (kontrol, %10,0) sadece ebe desteği aldığı belirlendi.

Araştırmaya katılan 60 kadının 59’u (deney+ kontrol %98,3) litotomi ve 1’i (deney, %1,7) çömelme pozisyonu ile doğum yapmış, 36’sına (%60,0) doğum anında epizyotomi/dikişli doğum müdahalesinde bulunduğu ve 15 kadının epizyotomi + fundal basınç doğum müdahalesinde bulunduğu belirlendi. Kadınların tamamında perine yırtığı ve servikal yırtık oluşmadı.

Yenidoğanların 31’i (%51,7) erkek ve 29’u (%48,3) kızdır. 2 yeni doğanın (deney, %3,3) özel bakıma ihtiyaç duyduğu belirlendi. 31 bebekle annenin (%51,7) ten tene temas sağladığı, doğum sonrasında 28 kadının ( %46,7) ilk anne-bebek ilişkisinin ilk 5 dk. içerisinde başladığı ve 20 kadının (%33,3) ilk anne-bebek ilişkisinin 21 dk. ve üzeri sürede olduğu belirlendi. Kadınların tamamının doğum sonrasında herhangi istenmeyen bir durum yaşamadığı belirlendi.

Hypnobirth eğitimi verilen ve doğumlarını hypnobirth ile gerçekleştiren kadınların tamamı (%100,0) bu eğitimin ağrıyı olumlu etkilediğini ve hypnobirth eğitiminde öğrendiklerini doğum sırasında uygulayabildiklerini ifade etti. Hypnobirth eğitiminin doğum üzerine etkileri incelendiğinde deney grubu kadınların tamamı (%100,0) “Rahatlamaya Yardımcı Olduğunu”, “Huzur ve Güven Verdiğini”, “Ağrı Hissini Azalttığını” ve “Ortama Uyum Sağlamasına Yardımcı Olmasına” sebep olduğunu bildirdi. Araştırmaya katılan deney grubu tüm kadınlar (%100,0) hypnobirth doğumu yakınlarına önerebileceğini bildirdi.



**Tablo 4.4.6. Deney ve Kontrol Grubu Gebelerin Doğum Sonrası Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması**

Değişken	Deney Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>Doğuma Yardım Eden Kişi</b>						
Ebe	-	-	6	20,0	60,000	<b>0,000</b>
Doktor	-	-	24	80,0		
Diğer(doktor+ebe)	30	100,0	-	-		
<b>Doğum Anında Herhangi Bir Müdahale</b>						
Hayır	8	26,7	1	3,3	22,222	<b>0,000</b>
Epizyotomi/Dikişli Doğum	22	73,3	14	46,7		
Epizyotomi + Fundal Basınç	-	-	15	50,0		
<b>Doğum Cinsiyeti</b>						
Erkek	16	53,3	15	50,0	0,000	1,000
Kız	14	46,7	15	50,0		
<b>Yeni Doğanın Özel Bakıma İhtiyacı</b>						
Hayır	28	93,3	30	100,0	0,517	0,472
Evet	2	6,7	-	-		
<b>Ten Tene Temas Sağlama</b>						
Evet	28	90,3	3	9,7	38,444	<b>0,000</b>
Hayır	2	9,7	27	90,1		

Tablo 4.4.6.' da araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelerin doğum sonrası özellikleri karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

Katılımcılar doğuma yardım eden kişi bakımından incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,000$ ). Deney grubundaki gebelerin tamamına ( $n=30$ ) doktor ve ebe desteği (hypnobirth eğitmeni, araştırmacı) sağlandığı, kontrol grubundaki gebelerin de %80'ine ( $n=24$ ) sadece doktor desteği sağlandığı görüldü.

Araştırmaya katılan gebeler doğum anında yapılan müdahaleler bakımından değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,000$ ). Deney grubundaki gebelerin %73,3'ünün( $n=22$ ) epizyotomi uygulaması yapıldığı, kontrol grubundaki gebelerin %50'sine ( $n=15$ ) ise epizyotomi ve fundal basınç uygulaması yapıldığı görüldü.

Araştırmaya katılan gebelerin doğum sonrası ten tene temas sağlama durumu ile eğitime katılma durumları değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,000$ ). Deney grubundaki gebelerin %90,3'ünün ( $n=28$ ) doğum sonrası ten tene temas sağladığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %90,1'nin ( $n=27$ ) doğum sonrası ten tene teması sağlayamadığı görüldü.

Katılımcıların bebeklerinin cinsiyeti ve yenidoğanın özel bir bakıma ihtiyacının olup olmadığı incelendiğinde, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p=1,000, 0,472$ ).

**Tablo 4.4.7. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmelerine Göre Wijma A Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	A (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Doğuma Yardım Eden Kişi</b>			
Ebe	-	72,50±30,70	$\chi^2=56,170$ <b>p=0,000</b>
Doktor	-	66,46±18,36	
Diğer(doktor+ebe)	73,50±26,33	-	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	-	t=0,627 p=0,536	
<b>Doğum Anında Herhangi Bir Müdahale</b>			
Hayır	-	-	$\chi^2=1,017$ p=0,313
Epizyotomi/Dikişli Doğum	84,37±13,10	69,64±23,70	
Epizyotomi + Fundal Basınç	69,55±28,96	66,33±19,27	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=1,386 p=0,177	t=0,414 p=0,682	
<b>Doğum Cinsiyeti</b>			
Erkek	64,38±24,55	68,93±21,94	$\chi^2=0,067$ p=0,796
Kız	83,93±25,13	66,40±20,45	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=-2,153 <b>p=0,040</b>	t=0,327 p=0,746	
<b>Ten Tene Temas Sağlama</b>			
Evet	75,07±26,36	56,33±40,13	$\chi^2=41,713$ <b>p=0,000</b>
Hayır	51,50±17,67	68,93±18,60	
<b>İstatistiksel Analiz Olasılık</b>	t=1,234 p=0,227	t=-0,537 p=0,643	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.7. de gebelerin doğum sonrası değerlendirmelerine göre Wijma A Ölçeğinin karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

Doğuma yardım eden kişiler ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p<0,05$ ). Ancak katılımcıların doğum sonrası özellikleri ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubuna ait Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Deney grubundaki gebelerin doğumuna doktor+ ebe desteği alanların (deney grubundaki gebelerin tamamına ( $n=30$ ) doktor ve ebe desteği(hypnobirt eğitmeni, araştırmacı) verilmiştir) puan ortalaması  $73,50\pm 26,33$  ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda sadece doktor desteği alanların(kontrol) puan ortalaması  $66,46\pm 18,36$  olarak bulundu.

Deney grubunda bebeklerin cinsiyetine göre Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi A ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Doğum cinsiyeti kız olanların, erkek olanlara göre A puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kontrol grubunda ise bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Ten tene temas ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur( $p>0,05$ ). Kontrol grubunun ten tene temas sağlama durumu arasında A ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Ten tene temas kurmayanların A ölçek puanları, temas kuranlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Deney ve kontrol grubu kadınlarda doğumda yapılan müdahaleler ile Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi A ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.4.8. Gebelerin Doğum Sonrası Değerlendirmeleri Göre Wijma B Ölçeğinin Karşılaştırılması**

Değişken	B (W-DEQ)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	
<b>Doğuma Yardım Eden Kişi</b>			
Ebe	-	116,00±28,50	$\chi^2=56,170$ <b>p=0,000</b>
Doktor	-	90,33±18,23	
Diğer(doktor+ebe)	16,47±7,21	-	
<b>İstatistiksel Analiz</b>		t=2,750	
<b>Olasılık</b>	-	<b>p=0,010</b>	
<b>Doğum Anında Herhangi Bir Müdahale</b>			
Hayır		-	$\chi^2=1,017$ p=0,313
Epizyotomi/Dikişli Doğum	17,37±5,07	98,93±24,30	
Epizyotomi + Fundal Basınç	16,14±7,92	90,97±21,19	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=0,410	t=0,954	
<b>Olasılık</b>	p=0,685	p=0,349	
<b>Doğum Cinsiyeti</b>			$\chi^2=0,067$ p=0,796
Erkek	14,69±5,91	100,27±20,65	
Kız	18,50±8,20	90,67±24,21	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-1,474	t=1,168	
<b>Olasılık</b>	p=0,152	p=0,253	
<b>Ten Tene Temas Sağlama</b>			$\chi^2=41,713$ <b>p=0,000</b>
Evet	16,39±7,41	66,33±24,17	
Hayır	17,50±4,94	98,70±20,45	
<b>İstatistiksel Analiz</b>	t=-0,206	t=-2,565	
<b>Olasılık</b>	p=0,838	<b>p=0,016</b>	

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için ANOVA (F değeri) yöntemi kullanılmış ve ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri); üç veya daha fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis H ( $\chi^2$  değeri) yöntemi kullanılmış ve medyan [min-max] şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4.8. de gebelerin doğum sonrası değerlendirmelerine göre Wijma B Ölçeğinin karşılaştırmalı dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan deney/ kontrol grubu gebelerin doğumlarında herhangi bir müdahale yapılma durumları ve bebeklerinin cinsiyetleri ile Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi B ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Gebelerin doğumuna yardım eden kişi ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05). Deney grubundaki gebelerin doğumda doktor+ ebe desteği alanların (deney grubundaki gebelerin tamamına (n=30) doktor ve ebe desteği(hypnobirt eğitmeni, araştırmacı) verilmiştir) puan ortalaması 16,47±7,21 ve

kontrol grubundaki gebelerin doğumda sadece doktor desteği alanların(kontrol) puan ortalaması  $90,33 \pm 18,23$  olarak bulundu. Doğumunda doktor+ebe(araştırmacı) desteği alan gebelerin B ölçek puanları, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ten tene temas ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Kontrol grubunun ten tene temas sağlama durumu arasında B ölçeğinden alınan puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Ten tene temas kurmayanların B ölçek puanları, temas kuranlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu fark deney grubunda görülmemiştir.

**Tablo 4.4.9. Gebelerin Deney/Kontrol Grubuna Göre Doğum Sonrası Değerlendirmeler**

Değişken	Deney Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz Olasılık
<b>Doğum Eyleminin Süreleri</b> Birinci evre (saat)	17,27±6,19	18,50±4,38	t=-0,870 p=0,388
<b>Doğum Eyleminin Süreleri</b> İkinci Evre (dakika)	20 [1-45]	30 [15-60]	Z=-2,555 <b>p=0,011</b>
<b>Doğum Eyleminin Süreleri</b> Üçüncü Evre (dakika)	5 [2-20]	10 [5-15]	Z=-3,015 <b>p=0,003</b>
Doğumda Gebelik Haftası	40 [35-42]	40 [38-41]	Z=-0,643 p=0,520
Bebeğin Kilosu	3288,83±474,26	3330,33±246,27	t=-0,425 p=0,672
Bebeğin Boyu (santimetre)	50 [47-55]	50 [48-51]	Z=-0,278 p=0,781
Bebeğin Baş Çevresi(santimetre)	35 [33-36]	35 [35-36]	Z=-0,244 p=0,807
İlk Emzirme Zamanı (dakika)	15 [5-60]	30 [30-60]	Z=-5,205 <b>p=0,000</b>
<b>Bebeğin Apgar Skoru</b> 1. Dakika	9 [5-9]	9 [8-9]	Z=-0,849 p=0,396
<b>Bebeğin Apgar Skoru</b> 5. Dakika	10 [8-10]	10 [10-10]	Z=-1,426 p=0,154
Doğumun Zorluk Derecesi	2 [1-5]	9 [8-10]	Z=-6,726 <b>p=0,000</b>

\*Parametrik yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında iki bağımsız grup t testi (t değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemler için iki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U (Z değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 4.4.9'da gebelerin deney/kontrol grubuna göre doğum sonrası değerlendirmeleri yer almaktadır.

Gebelerin deney/kontrol grubuna göre doğum eyleminin sürelerine bakıldığında birinci evrede her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Doğumun ikinci evresi süresi deney grubunda 20 dk [1-45] iken kontrol grubunda 30 dk [15-60] olarak saptandı. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum eyleminin ikinci evresi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-2,555;p=0,011$ ). Deney grubunun, kontrol grubuna göre doğum eyleminin ikinci evre süresi daha kısadır. Doğumun üçüncü evresi süresi eğitim alanlarda 5 [2-20] iken kontrol grubunda 10 [5-15] olarak belirlendi. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum eyleminin üçüncü evresi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-3,015;p=0,003$ ). Deney grubundaki katılımcıların, kontrol grubundakilere göre doğum eyleminin üçüncü evre süresinin daha kısa olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan gebelerde deney grubu ile kontrol grubu arasında doğumun zorluk derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-6,726;p=0,000$ ). Deney grubu, kontrol grubu kadınlara göre doğum zorluğunun daha yüksek olduğu belirlendi.

Katılımcıların ilk emzirme süreleri değerlendirildiğinde deney grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-5,205;p=0,000$ ). Deney grubu, kontrol grubu kadınlara göre ilk emzirme süresi daha azdır.

Çalışmaya katılan gebelerin, doğumdaki gebelik haftası, yenidoğanın özellikleri ve APGAR skorları arasında yapılan değerlendirmede deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi.

**Tablo 4.4.10. Ölçeklerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin İncelenmesi**

Ölçekler (Deney=30) Korelasyon*		A (W-DEQ)	VAS	B (W-DEQ)
A (W-DEQ)	R	-	-0,607	0,007
	p		0,000	0,970
VAS	R	-	-	0,107
	p			0,575
B (W-DEQ)	R	-	-	-
	p			

Ölçekler (Kontrol=30) Korelasyon*		A (W-DEQ)	VAS	B (W-DEQ)
A (W-DEQ)	R	-	0,671	0,635
	p		0,000	0,000
VAS	R	-	-	0,429
	p			0,018
B (W-DEQ)	R	-	-	-
	p			

\*Spearman ve Pearson Korelasyon Katsayıları Kullanılmıştır.

Tablo 4.4.10'da ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerinin değerlendirmeleri yer almaktadır.

Deney grubunda Wijma A ölçeği ile VAS arasında negatif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=-0,607$ ;  $p=0,000$ ). Wijma A ölçeği orta derecede arttıkça, VAS puanları orta derecede azalacaktır. Aynı şekilde VAS puanları orta derecede arttıkça, Wijma A ölçeği orta derecede azalacaktır.

Kontrol grubunda Wijma A ölçeği ile VAS arasında pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0,671$ ;  $p=0,000$ ). Wijma A ölçeği orta derecede arttıkça, VAS orta derecede artacaktır. Aynı şekilde VAS orta derecede azaldıkça, Wijma A ölçeğide orta derecede azalacaktır. Kontrol grubunda Wijma A ölçeği ile Wijma B arasında pozitif yönlü, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0,635$ ;  $p=0,000$ ). Wijma A ölçeği orta derecede arttıkça, Wijma B orta derecede artacaktır. Aynı şekilde Wijma B orta derecede azaldıkça, Wijma A ölçeğide orta derecede azalacaktır. Kontrol grubunda Wijma B ölçeği ile VAS arasında pozitif yönlü, düşük derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ( $r=0,429$ ;  $p=0,018$ ). Wijma B ölçeği zayıf derecede arttıkça, VAS zayıf derecede artacaktır. Aynı şekilde VAS orta derecede azaldıkça, Wijma B ölçeği de zayıf derecede azalacaktır.

## 5. TARTIŞMA

Doğum, kadın yaşamında gerçekleşen en eşsiz deneyimlerden biridir. Gebelik sürecinde başlayan bu mucize eşler arasında bir taraftan sevinçle beklenirken, doğum şekli konusunda da endişeli bir bekleyiş vardır. Çünkü birçok çift hamilelik ve doğum konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Kadınlar arasında paylaşılan kötü doğum deneyimleri, medyada paylaşılan doğumla ilgili korkutucu sahneler, kadın zihninde doğum ve ağrının birlikte yaşanacağı duygusunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla doğumun ağrılı, kanlı ve korkutucu bir olay oluşuyla ilgili kötü imaj; gebelik süresince kadınların normal doğumla ilgili bu kötü deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların doğum tercihlerini etkilemektedir (1- 6).

Hipnobirth kişinin kendi gelişimi ve korkularından özgürleşmesi üzerine odaklı, rahat bir doğum için ön şart olan derin gevşemenin temel alındığı, rahat, sağlıklı, huzurlu ve bilinçli bir doğum yolunda kullanılan uluslararası bir doğuma hazırlık uygulamasıdır (7). Doğum korkusu ve önceden olumsuz deneyimler yaşama, kadınların doğum yöntemlerinin seçiminde etkili olmaktadır (13, 14, 15). Kadınların doğum sırasında psikolojik ve fiziksel bakım açısından desteklenmesi memnuniyetlerini sağlamada anahtar rol oynamaktadır. Kadınların tutum ve inançlarının dikkate alınarak antenatal bakım verilmesi ve normal doğum konusunda cesaretlendirilmeleri oldukça önemlidir (16).

Bu çalışma, gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı. Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular, benzer çalışmalarda alınan sonuçlar ile tartışıldı.

Katılımcıların doğum korkusu ile Wijma A Ölçeği karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin doğum yapmaktan korkan kadınların puan ortalaması  $83,52 \pm 18,94$  ve kontrol grubundaki kadınların puan aralığı da  $81,0 [38,0-95,0]$  olarak bulundu. Deney ve kontrol grubuna ait doğum yapma düşüncesi korku durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Doğum yapmaktan korkan deneklerin ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı durum kontrol grubu içinde geçerlidir. Ancak bu farklılıklara rağmen Deney/Kontrol grubu değişkeni ile doğum yapma korkusu durumu arasında istatistiksel



olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p>0,05$ ). Literatürde doğum korkularının kadının yaş, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumu gibi etkenlerden etkilendiği ile ilgili sonuçlara rastlanmıştır.

Nieminen ve ark. (2009) da İsviçre’de doğum korkusu üzerine yaptıkları çalışmada ve yine Ternström ve ark. (2015) yaptığı çalışma da kadının yaşının doğum korkusu ile ilişkili olmadığını bildirmişlerdir (97, 98). Büyükbayrak ve ark. (2010) kadınların doğum şeklini etkileyen sebepleri belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada ise yaş arttıkça doğum korkusunun arttığını bildirilmişlerdir(99). Çalışmaya katılan deney/kontrol grubu kadınların her iki grup da da %76,7 si doğumdan korktuğunu ifade ettiği görüldü. Katılımcıların yaş dağılımları, deney grubundaki gebelerin %53,3’ünün ( $n=16$ ) otuz yaş ve üzeri olduğu, kontrol grubundaki gebelerin ise %40,0’inin ( $n=12$ ) 25 yaş ve altı olduğu bulundu. Katılımcıların yaş dağılımlarının Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği A ile karşılaştırması, doğum korkusu yönünden değerlendirildiğinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,083$ ). Çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Nieminen ve ark. (2009) ve Ternström ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada kadınların eğitim düzeyi ile doğum korkusu arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (97, 98). Gao ve ark. (2015) Çin’li kadınlarda doğum korkusunu belirlemek amacı ile kesitsel olarak yaptıkları çalışmalarında, eğitim düzeyinin düşük olmasının doğum korkusunu arttırdığını gösteren sonuçlar bildirmişlerdir (100). Laursen ve ark. (2008) doğum korkusunun sebeplerini gösteren çalışmalarında yine eğitim düzeyinin düşük olmasının doğum korkusunu arttırdığını bildirmişlerdir (101). Araştırmada literatürle benzer sonuçlar bulunmuş, katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır( $p=0,001$ ). Deney grubunun %63,3’ü üniversite mezunu olduğu, kontrol grubunun ise %16,7’sinin üniversite mezunu olduğu belirlendi.

Gebelerin sosyoekonomik durum dağılımları değerlendirildiğinde, deney grubunun %63,3’ünün ( $n=19$ ) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, kontrol grubunun ise %60,0’nin ( $n=18$ ) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptandı. Katılımcıların sosyoekonomik durum dağılımları karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin ekonomik durumu orta olanların puan ortalaması  $70,84\pm 25,20$  ve kontrol grubundaki gebelerin ekonomik durumu kötü olanların puan aralığı  $83,5 [38,0-89,0]$  olarak bulundu. Çalışmada, sosyoekonomik durumun doğum korkusu yönünden etkisi

incelendiğinde, deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu( $\chi^2=11,294;p=0,004$ ). Laursen ve ark. (2008), Saisto ve ark.(2001b), Waldenström ve ark. (2006) da yaptıkları benzer çalışmalar da sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlarda doğum korkusunun yüksek olduğunu bildirmişlerdir (101, 102, 103). Çalışma sonuçları literatürle benzer sonuçlar göstermiştir.

Nieminen ve ark. (2009) ve Laursen ve ark. (2008) nın yaptığı çalışmada gebelik haftası ile doğum korkusu arasındaki ilişki anlamlılık göstermemiştir (1, 5). Ancak Şen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada son trimestirdaki kadınların % 62,5'inin doğum korkusu yaşadığını bildirmiştir (104). Araştırmada gebelerin gebelik haftaları ile doğum korkusu karşılaştırıldığında deney grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması  $75,5\pm 26,88$  ve kontrol grubundaki gebelerin gebeliği 29-36 hafta aralığında olanların puan ortalaması  $66,44\pm 22,14$  olarak bulundu. Gebelik haftası ile deney/kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2=7,124;p=0,008$ ). Kontrol grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranı, deney grubundaki 29-36 hafta gebelerin oranından yüksektir. Gebelerin son trimester da doğum korkusu yaşamasının temelinde, bu süreçte kadınların doğuma ve bebeğe odaklanmalarının yer aldığı düşünülebilir.

Deney/kontrol grubu kadınlar doğumda herhangi bir müdahale yapılma durumuna göre değerlendirilmiş, deney grubunda %26,7, kontrol grubunda ise %3,3 herhangi bir müdahale yapılmadığı bulundu. Deney grubunda epizyotomi oranı %73,3, kontrol grubunda ise %96,7( %50 si epizyo+fundal basınç) oranındadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hipnozun doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacı ile Harmon ve ark.(1990) nın 60 gebe üzerinde yaptığı araştırma da ve Gallagher (2001)'in Hypnobirthing'in doğum üzerine etkisini değerlendirmek için yaptığı çalışmayla araştırma da benzer sonuçlar bulunmuştur( 104, 105 ) . Avustralya Sidney'de (2012) Moore 145 çifte hypnobirth tekniklerini öğretmiş, hypnobirth ile doğum yapan kadınların 39'unda (%43) medikal müdahalede bulunduğu bunun da 22'si epidural, 13'ü vakum, 4'üne forseps uygulandığını bildirilmiştir (106). Araştırmaya katılan gebeler doğum anında yapılan müdahaleler bakımından değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir( $p=0,000$ ).

Çalışmada gebelerin deney/kontrol grubuna göre doğum eyleminin sürelerine bakıldığında birinci evrede her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Doğumun ikinci evresi süresi eğitim alanlarda 20 dakika [1-45] iken kontrol grubunda 30 dakika[15-60] olarak saptandı. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum eyleminin ikinci evresi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $Z=-2,555;p=0,011$ ). Deney grubunun, kontrol grubuna göre doğum eyleminin ikinci evresi süresi daha kısadır. Doğumun üçüncü evresi süresi eğitim alanlarda 5 dakika[2-20] iken kontrol grubunda 10 dakika [5-15] olarak belirlendi. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum eyleminin üçüncü evresi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $Z=-3,015;p=0,003$ ). Deney grubundaki katılımcıların, kontrol grubundakilere göre doğum eyleminin üçüncü evresi süresinin daha kısa olduğu tespit edildi. Literatürde yapılan çalışmalarda, hipnozla doğumun doğumun 1. ve 2. evresini kısalttığına dair bulgulara rastlanmıştır(104, 105, 106). Jenkins ve Pritchard çalışmalarında primipar kadınlarda hipnozun aktif doğum eylemini 3 saat, multiparlarda da 1 saat kısalttığını bildirmiştir(108). Harmon ve arkadaşlarının 60 nullipar kadında yaptığı bir çalışmada hipnozun doğum süresini 1 saat kısalttığı bildirilmiştir (104). Hao ve arkadaşları (1997) tarafından hipnozun doğum üzerindeki etkisine bakılmış, çalışmada primipar kadınlarda, doğumun 1. ve 2.evrelerinde deney kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (108). Çalışma sonuçları literatür ile benzer sonuçlar göstermiştir.

Araştırmaya katılan deney grubu kadınların tamamı(%100,0) bu eğitimin ağrılı olumlu etkilediğini ve hipnobirth eğitiminde öğrendiklerini doğum sırasında uygulayabildiklerini ifade etmişlerdir. Hipnobirth eğitiminin doğum üzerine etkileri incelendiğinde bu eğitimi alanların tamamının(%100,0) “Rahatlamaya Yardımcı Olduğunu”, “Huzur ve Güven Verdiğini”, “Ağrı Hissini Azalttığını” ve “Ortama Uyum Sağlamasına Yardımcı Olmasına” sebep olduğunu ve tüm kadınlar(%100,0) hypnobirth doğumu yakınlarına önerebileceğini bildirmişlerdir. Gallagher (2001) tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada hipnozun kadınlarda tatminkâr bir doğum deneyimlemelerini sağladığı ve diğer kadınlara bu yöntemi tavsiye ettikleri bulunmuştur (105). Avustralya da hypnobirth doğumun etkinliğini değerlendirmek için Moore'nin 2007-2010 yılları arasında (2012) 145 çiftle yaptığı bir çalışmada (%75,6 primipar, %24,4. multipar), kadınların kendilerini daha güvende hissettikleri, daha rahat, doğuma daha odaklı ve kontrollü olduklarını bildirmiştir (106). Finlayson ve ark.(2015) kendi kendine hipnozun

kadınların doğum deneyimlerine etkisini belirlemek amacı ile 48 kadınla yaptığı çalışmada, hipnozla doğum yapan kadınların sakinlik ve güven duygusu yaşadığını belirtmiş ancak bazı kadınlar doğumda ebelerin yöntemi uygulama hususunda destek olmadıklarından dolayı hayal kırıklığı yaşadıklarını bildirmişlerdir(112). Yine ülkemizde Coşar tarafından Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisinin bakıldığı benzer bir çalışmada doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği sağlanan deney grubu gebelerin doğumda uyum süreçlerinin daha iyi olduğu ve olumlu doğum algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur(113). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermiştir.

Araştırmaya katılan gebelerde deney grubu ile kontrol grubu arasında doğumun zorluk derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-6,726$ ;  $p=0,000$ ). Deney grubu, kontrol grubu kadınlara göre doğum zorluğunun daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmada doğumun zorluk derecesi 10 üzerinden değerlendirildi, deney grubu kadınların doğumlarının zorluk derecesi 2, kontrol grubu kadınların ise doğumlarının zorluk derecesi 9 olarak bulundu. Moore 2007-2010 yılları arasında Avustralya da hypnobirth doğumun etkinliğini değerlendirmek için (2012) 145 çiftle yaptığı bir çalışmada kadınların doğumun zorluk derecesinin 10 üzerinden 5,8 olduğu hatta bazı katılımcıların sıfır olduğunu bildirmiştir (106). Çalışmada, deney grubu kadınların kontrol grubundakilere göre tüm fazlarda aldıkları puanların daha düşük olduğu bulundu. Bütün fazlarda kontrol grubunun değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi. Gebelerin VAS puanlarına göre latent, aktif ve geçiş fazları açısından deney/kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Bu bulgular doğrultusunda deney grubunda yer alan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum eyleminin dilatasyon evresinde ağrıyı daha az algıladığı görüldü. Simaylı ve ark.(2015) nin müziğin doğum ağrısı ve anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile 156 primipar kadında yaptıkları çalışmada, ağrı şiddeti VAS ile değerlendirilmiş ve deney/kontrol grubu olarak kadınların puanlarını değerlendirmişlerdir. Araştırmalarında müzik dinletilen grupların doğumun tüm evrelerinde doğum ağrı puanlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (110). Dehcheshmeh ve Rafiei (2015) müzik ve Hoku noktasına yapılan buz uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacı ile İran'da 90 primipar gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, doğumun fazlarına göre ağrıyı değerlendirmek için VAS

kullanmışlar ve tüm fazlarda ağrının daha az hissedildiğini bildirmişlerdir (111). Çalışma literatür ile benzer sonuçlar göstermiştir.

Literatürde hypnobirt doğumla doğan bebeklerin APGAR skorlarının daha yüksek olduğuna dair bulgulara rastlanmıştır (104). Harmon ve arkadaşlarının 60 nullipar kadında yaptığı bir çalışmada ve Moore (2012) 'nin çalışmasında, 90 kadın hypnobirt ile doğum gerçekleştirmiş ve hypnobirt bebeklerin Apgar skoru ortalaması 9,2, %91 inin 9-10 arası olduğunu bildirmiştir (106). Çalışmaya katılan gebelerin, APGAR skorları arasında yapılan değerlendirmede deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmedi. Araştırmada doğan bebeklerin APGAR skoru 1.dakika 9, 5.dakika 10 olarak bulundu.

### **Sonuçlar;**

Çalışma, gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Gebelerin eğitim, sosyoekonomik durumu ve gebelik haftaları doğum korkusunu etkilemektedir. Kadının yaşının doğum ağrısı üzerinde etkisi yoktur.

Gebelerin doğum ağrısını gidermek için herhangi bir yöntem bilip bilmediği ve daha önce bir doğuma hazırlık kursuna katılma durumları doğum korkusunu etkilemektedir.

Kadınların doğumu başladığında birebir ebe ve doktor desteği alması doğumda yaşadığı korkuyu etkilemektedir.

Hypnobirt ile doğum, kadınlarda doğum da tıbbi müdahale oranını olumlu yönde etkilemektedir. Deney grubundaki gebelerin %26,7'sine herhangi bir tıbbi müdahale yapılmadığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %3,3'üne tıbbi müdahale yapılmadığı görüldü.

Araştırmaya katılan gebelerden, hypnobirth ile doğum yapanların doğum sonrası ten tene temas sağlama durumu olumlu etkilenmektedir. Deney grubundaki gebelerin %90,3'ünün (n=28) doğum sonrası ten tene temas sağladığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %90,1'nin (n=27) ise doğum sonrası ten tene teması sağlayamadığı görüldü.

Deney grubundaki gebelerin Wijma A Ölçeği puan ortalaması  $83,52 \pm 18,94$  ve kontrol grubundaki gebelerin puan aralığı  $81,0 [38,0-95,0]$  dir. Deney ve kontrol

grubuna ait doğum yapma düşüncesi korku durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Doğum yapmaktan korkan deneklerin ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemektedir. Aynı durum kontrol grubu içinde geçerlidir.

Kadınların doğumla ilgili bilgi alma durumu doğum korkularını olumlu yönde etkilemektedir. Deney grubunda doğumla ilgili bilgi alanların, bilgi almayanlara göre ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Deney ve kontrol grubuna ait hipnobirth doğum şeklini duyma durumuna göre Wijma A Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Katılımcılardan daha önce hipnobirth doğum şeklini duymayanların ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilenmektedir.

Deney grubundaki gebeler, kontrol grubundakilere göre doğumun dilatasyon evresinin tüm fazlarda VAS puanlarının dolayısıyla ağrı algılarının daha düşük olduğu bulundu. Gebelerin VAS puanlarına göre latent, aktif ve geçiş fazları açısından deney/kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Bu bulgular doğrultusunda deney grubunda yer alan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum eyleminin dilatasyon evresinde ağrıyı daha az algıladığı görüldü ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan deney/kontrol grubu kadınlar doğuma yardım eden kişi açısından değerlendirildiğinde, kontrol grubunda aktif ve geçiş fazı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunda aktif ve geçiş fazında doğumunda ebe desteği alan kadınların ortalama puanlarının, doğumunda doktor desteği alan kadınların puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi.

Gebelerin hipnobirth eğitimi alma ve uygulamaya katılma durumları ile Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği B açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ( $t=-6,441; p=0,000$ ). Deney grubu gebelerin puan ortalamaları  $16,47\pm 7,21$  kontrol grubu gebelerin puan ortalamalarından ( $95,47\pm 22,64$ ) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu sonuçlar doğrultusunda hypnobirt eğitiminin gebelerin doğum korkularını azalttığı bulundu.

Gebelerin deney/kontrol grubuna göre doğum eyleminin sürelerine bakıldığında birinci evrede her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Doğumun ikinci evresinin süresi eğitim alanlarda 20 dakika [1-45] iken kontrol grubunda 30 dakika [15-60] olarak saptandı. Deney grubu ile kontrol grubu arasında

doğum eyleminin ikinci evresinin süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-2,555;p=0,011$ ). Deney grubunun, kontrol grubuna göre doğum eyleminin ikinci evresinin süresi daha kısadır. Doğumun üçüncü evresinin süresi eğitim alanlarda 5 dakika [2-20] iken kontrol grubunda 10 dakika [5-15] olarak belirlendi. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doğum eyleminin üçüncü evresinin süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-3,015;p=0,003$ ). Deney grubundaki katılımcıların, kontrol grubundakilere göre doğum eyleminin üçüncü evre süresinin daha kısa olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan gebelerde deney grubu ile kontrol grubu arasında doğumun zorluk derecesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-6,726;p=0,000$ ). Deney grubunda, kontrol grubu kadınlara göre doğum zorluğunun daha yüksek olduğu belirlendi.

Hipnobirth uygulanan kadınların tamamı(%100,0) bu eğitimin ağrıyı olumlu etkilediğini ve hipnobirth eğitiminde öğrendiklerini doğum sırasında uygulayabildiklerini ifade ettikleri belirlendi. Hipnobirth eğitiminin doğum üzerine etkileri incelendiğinde bu eğitimi alanların tamamının(%100,0) “Rahatlamaya Yardımcı Olduğunu”, “Huzur ve Güven Verdiğini”, “Ağrı Hissini Azalttığını” ve “Ortama Uyum Sağlamasına Yardımcı Olmasına” sebep olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan deney grubu tüm kadınlar(%100,0) hypnobirt doğumu yakınlarına önerebileceğini bildirdi.

Katılımcıların ilk emzirme süreleri değerlendirildiğinde deney grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $Z=-5,205;p=0,000$ ). Deney grubu, kontrol grubu kadınlara göre ilk emzirme süresi daha azdır.

Çalışmaya katılan gebelerin, doğumdaki gebelik haftası, yenidoğanın özellikleri ve APGAR skorları arasında yapılan değerlendirmede deney ve kontrol grubunda farklılıklar gözlenmedi.

## **Öneriler**

### **Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda;**

- ✓ Hypnobirth felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması ve uygulanması,
  - ✓ Hypnobirth felsefesinin lisans eğitiminde ebelere öğretilmesi için, ders müfredatına doğuma hazırlık eğitimlerinin konulması,
  - ✓ Gebelere hizmet veren kurumlarda çalışan ebe ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle desteklenerek hypnobirth felsefesinin öğretilmesi ve uygulanabilirliğinin artırılması
  - ✓ Gebe eğitim sınıfları programlarına hypnobirth eğitimlerinin eklenmesi ve bu konuda toplumsal farkındalık oluşturulması,
  - ✓ Araştırma bulgularının desteklenmesi için, daha geniş örneklem gruplarında çalışmanın yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Clement S. Psychological Aspects Of Cesarean Section. Best Practice & Reseach Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2001; **15(1)**: 109-126.
2. Gamble J., Creedy D. Women's Preference For A Cesarean Section: Incidence And Associated Factors, Birth, 2001, **28(2)**: 101-110.
3. Penna L., Arulkumaran S. Cesarean Section For Non-Medical Reasons. International Journal Of Gynecology and Obstetrics, 2003; **82(3)**: 399-409.
4. Karakuş A., Hotun Şahin N. The Attitudes Of Women Toward Mode Delivery After Childbirth. International Journal Of Nursing And Midwifery, 2011; **3(5)**: 60-65.
5. Yanikkerem Uçum E., Kitapçioğlu G., Karadeniz G. Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim Ve Memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010, **5(13)**: 107-123.
6. Sayiner F.D ., ÖZERDOĞAN N. Doğal Doğum, 144. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; **Cilt:2**, Sayı:3.
7. Mongan M. *Hypnobirthing, Mongan Yöntemi*. İstanbul, Gün yayıncılık; 2013.
8. Odent M. Fear of Death During Labor. Midwifery Today With International Midwife, 2003; **67**, 20-22.
9. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi; 2012.
10. World Health Organization. Appropriate Technology For Birth. Lancet, 1985; **2**; 436-437.
11. Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies. Ankara, Turkey, 2008. ICF Macro International.
12. Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies. Ankara, Turkey, 2013. ICF Macro International.
13. Sakala C. "Medically Unnecessary Cesarean Section Births: Introduction to a Symposium", *Social Science & Medicine*, 1993; **37**; 1177-1198.
14. Bektas E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması, 2008. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
15. Kasai KE., Nomura RM., Benute GR., De Lucia MC. and Zugaib M. "Women's Opinion Sabout Mode of Birth in Brazil, a Qualitative Study in a Public Teaching Hospital", *Midwifery*, 2008.

16. Taşçı D., Ünsal A. Kadınların Doğuma Bakış Açıları. Genel Tıp Dergisi, 2011; **21**(3).
17. Mongan Marie F. *HypnoBirthing: TheMongan Method: A Natural Approach To A Safe, Easier, More Comfortable Birthing*. USA; 2005.
18. Phillips-Moore J. "HypnoBirthing". The Australian Journal of Holistic Nursing, 2005; **12** (1): 41–2.
19. Alexander B.,Turnbull D., &Cyna, A. The effect of pregnancy on hypnotizability. American Journal of Clinical Hypnosis, 2009; **52**: 13–22.
20. Montgomery G. H., David D., Winkel G., Silverstein J. H., &Bovbjerg D. H. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. Anesthesia and Analgesia, 2002; **94**: 1639–1645.
21. Karabulutlu, Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2012; **Cilt 20** - Sayı 3: 210-218.
22. Kömürcü N., Ergin A. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, İstanbul, Bedray Yayınevi; 2008.
23. Arney W., R. Neill J. The Location Of Pain In Childbirth: Natural childbirth And The Transformation of Obstetrics. Sociology of HealthandIllness, 1982; **Vol.4**;1
24. Lothian JA. Why natural childbirth?, Journal of PerinatalEducation, 2000; **Vol. 9**, Issue 4.
25. Kadayıfçı O. *Güzel Lamaze Yöntemi nedir?Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. İstanbul, Nobel Yayıncılık; 2005.
26. Milli Eğitim Bakanlığı. *Hemşirelik, Doğum, Riskli Durumlar ve Bakım*. Ankara, 2012.
27. Günalp GS, Tuncer ZS. *Kadın Hastalıkları ve Doğum: Tanı ve Tedavi*. Ankara, Pelikan Yayınlar; 149–72, 273–76, 2004.
28. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Sistem Matbaacılık; 2012.
29. Milli Eğitim Bakanlığı. *Acil Sağlık Hizmetleri, Doğum ve Komplikasyonları*. Ankara; 2011.
30. Raj P.P. *Ağrı Taksonomisi*. Ed: Edirne S. Ağrı. İstanbul, Alemdar Ofset; 12-20 ,2000.
31. Berkitan E.A. Editör. Kömürcü N. *Doğum ve Doğumun Tarihçesi. Doğum Ağrısı Yönetimi*. İstanbul, Bedray Yayıncılık; 2008.

32. Avcıbay B., Alan S. Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 4(3).
33. Escott D., Slade P., Fraser R.B. The Range of Coping Strategies Women Use to Manage Pain and Anxiety Prior to and During First Experience of Labour. Midwifery, 2004; **20**: 144-156.
34. Mete S., Ertuğrul M., Uludağ E. Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı "Doğumda Farkındalık". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, DEUHFED, 2015; **8(2)**,131-141.
35. Dick-Read G. *Childbirthwithoutfear*. London, Pinter&Martin Ltd.; 2004.
36. Erişim tarihi: 25.05.2016, <http://www.lamazeinternational.org/History>.
37. Erişim Tarihi: 25.05.2016, <http://www.bradleybirth.com>.
38. Bülbül G. *Doğal Doğum*. İstanbul, Hayykitap; 2016.
39. England P., Horowitz R. *İç Güdüsel Doğum*. İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık; 2011.
40. Gaskin I. M. *Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi*. İstanbul, Sinek Sekiz Yayınevi; 2015.
41. Okur V. *Gizemli Güç*. Ankara, Elma Yayınevi; 2014.
42. Kılıç Y. *Mitolojiden Bilimselliğe Hipnoz*. Ankara, Yurt Yayınevi; 2007.
43. Müezzinoğlu A.A. *Bilinçli Hipnoz*. Ankara, Omega Yayınları; 2012.
44. Erişim Tarihi: 25.08.2016. <http://www.nasilyapilmali.com/nasil-yapilir-2/hipnoznedir-hipnoz-nasil-yapilir-hipnozu-kim-yapabilir-hipnoz-herkeze-yapilirmi-hipnoz-tarihcesi-nedir-hipnozite-nasil-olunur-hipnoz-olmak-nasildir>.
45. Özer Ş. Hipnoz ve Hipnoterapi: Şarlatanlık mı mucize mi? Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2011; 14:1.
46. Uzuner C., Uzuner S. *Yabancı Bildiğimiz Dostumuz Hipnoz*, İstanbul, Kariyer Yayıncılık; 2007.
47. Erişim Tarihi: 25.08.2016.<http://www.hipnoz.com/kategori/hipnoz/tipta-kullanim-alanlari>.
48. ÖZGÖK A. Hipnoz ve Anestezi. Anestezi Dergisi, 2013; **21 (1)**: 11 – 16.
49. Ray WJ., De Pascalis V. Temporal aspects of hypnotic processes. Int J Clin Exp Hypn, 2003; **51**: 147-165.

50. Rainville P., Hofbauer RK., Paus T., Duncan GH., Bushnell MC., Price DD. Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *J Cognitive Neuroscience*, 1999; **11(1)**: 110-125.
51. Cyna AM., McAuliffe Andrew MI. Hypnosis for Pain Relief in Labour and Childbirth: a systematic review. *Br J Anaest*, 2004; **93**: 505-511.
52. Stoelb BL., Molton IR., Jensen MP., Patterson DR. The Efficacy of Hypnotic Analgesia in Adults: A Review of The Literature. *Contemp Hypn*, 2009; **26**: 24-39.
53. Roberts L., Wilson S., Singh S., Roalfe A., Greenfield S. Gut-Directed Hypnotherapy for Irritable Bowel Syndrome: Piloting a Primary Care-Based Randomised Controlled Trial. *Br J Gen Pract*, 2006; **56**:115-121.
54. Jones H., Cooper P., Miller V., Brooks N., Whorwell PJ. Treatment of Non-Cardiac Chest Pain: A Controlled Trial of Hypnotherapy. *Gut*, 2006; **55**: 1403-8.
55. Jensen MP., Barber J., Romano JM., Molton IR., Raichle KA., Osborne TL., et al. A comparison of Self Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Multiple Sklerosis and Chronic Pain. *Int J Clin Exp Hypn*, 2009; **57**: 198-221.
56. Patterson DR., Jensen MP. Hypnosis and Clinical Pain. *Psychological Bulletin*, 2003; **129**: 495-521.
57. Lang EV., Benotsch EG., Fick LJ., Lutgendorf S., Berbaum ML., Berbaum KS., et al. Adjunctive Non-Pharmacological Analgesia for Invasive Medical Procedures: A Randomized Trial. *Lancet*, 2000; **355**: 1486-1490.
58. Holroyd J. Hypnosis Treatment of Clinical Pain: Understanding Why Hypnosis is Useful. *Int J Clin Exp Hypn*, 1996; 44: 33-51.
59. Patterson DR., Ptacek JT. Baseline Pain as A Moderator of Hypnotic Analgesia for Burn Injury Treatment. *J Consult Clin Psychol*, 1997, **65**: 60-67.
60. Erişim Tarihi: 10.06.2016. <http://www.hipnoz.com/kategori/hipnoz/tiptakullanimalanlari#sthash.sL1bH4pN.dpuf>.
61. İşbir G.G., Okumuş H. Doğum Ağrısı ile Baş Etmede Güvenli Yaklaşım: Hipnozla Doğum, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2011; **8 (2)**: 7-10.
62. Erişim Tarihi: 24.08.2016. <http://www.hypnobirthing.com>.
63. Midwife Calderdale Birth Centre. West Yorks Midwives, 2014; **Issue 5**.
64. şahin N., Dinç H., Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009; **40**:58-61.

65. Türk dil kurumu, Erişim Tarihi: 25.09.2016, <http://www.tdk.gov.tr/>
66. LAZOĞLU M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
67. Köroğlu E. *Kaygılarımız Korkularımız*. Ankara, HYB Yayıncılık; 2006.
68. Odent M. *Sezaryen*. İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık; 2013.
69. Melender HL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 2002; 29:101.
70. Szeverenyi P., Poka R., Hetey M., Torok Z. Contents Of Childbirth-Related Fear Among Couple Within The Partner's Presence At Delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1998; 19:38-43.
71. Levin JS., DeFrank RS. Maternal Stress And Pregnancy Outcomes: A Review Of The Psycho Social Literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1988; 9:3-16.
72. Yaşar Ö., Şahin F., Coşar E. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri Ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetry*, 2007; 17: 414-420.
73. Cleeton ER. Attitudes And Beliefs About Childbirth Among College Students: Result of an education intervention. *Birth*, 2001; 28:192-201.
74. Mannoni P. *The Fear*. Çeviri: Gürbüz I. Korku, 2. Baskı. İstanbul, İletişim Yayınları; 1992.
75. Boran B., Turker A., Ekiz M., Dündar Ö. Sezaryen Oranları: Bizde ne durumda? *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 1999; 3:170-173.
76. Şahin N.H. Sectio-Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2.
77. Erişim Tarihi: 25.08.2016. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/37/743/9498.pdf>.
78. Taşdemir, S. Motivasyon Kavramına Genel Bir Bakış, Motivasyon Araçları Ve Bilgi Teknolojileri Ve İletişim Kurumu Ölçeğinde Bir Model Önerisi, Uzmanlık Tezi, Ağustos, Ankara, 2013.
79. Yıldırım G., Hotun Şahin N. Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003; 7 (1).
80. Amanak K., Karaöz B., Sevil Ü. TAF Alternatif/ Tamamlayıcı Tıp ve Kadın Sağlığı. *Prev Med Bull*, 2013, 12(4):441-448.
81. Yılar Erkek Z., Pasınlıoğlu T. Doğum Ağrısında Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri; *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19:1.

82. Bulduklu Y. Hedef Kitle Bağlamında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları. *Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 2015; **37**:607-27.
83. IRothlyn P., Zahourek RN. Hypnosis in Nursing Practice-Emphasis on the 'Problem Patient' Who has Pain- Part, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, March - 1982; **Volume 20** · Issue 3: 13-17 Posted March 1, 1982DOI: 10.3928/0279-3695-19820301-04.
84. Plaskota M., Lucas C., Pizzoferro K., Saini T., Evans Rosie., Cook Karen A. Hypnotherapy Intervention For The Treatment Of Anxiety İn Patients With Cancer Receiving Palliative Care.Source: *International Journal of Palliative Nursing*, 2012; **Vol. 18**: Issue 2, p69-75. 7p. 2 Charts, 4 Graphs.
85. Şenel, AC. Geriatrik Hastalarda Postoperatif Analjezi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2005; **22(1)**:33-7.
86. Mendoza E., Capafons A. Papeles Efficacy Of Clinical Hypnosis:A Summary Of Its Empirical Evidencem, *del Psicólogo*,2009; **Vol. 30(2)**, pp. 98-116.
87. Lloyd G. Nurses Attitudes Towards Management Of Pain, *Nursing Times*, 1994; **90** (43), 40-43.
88. Ertem G., Sevil Ü. Doğum Ağrısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; **Cilt: 8**, Sayı: 2.
89. Mongan M. *HypnoBirthing Practitioner Syllabus*. USA: Hpnobirthing Institute. ;2009.
90. Berkiten Ergin, A., Kömürcü, N. Doğum Ağrısında Farmakolojik Olmayan Yöntemlerin Kullanımı, *Pain Management in Labor: Nonpharmacologic Methods*, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009, **6 (2)**: 29-35.
91. Erişim Tarihi:01.12.2014.<http://www.jinekolognet.com/dusukler-abortionus.asp>.
92. Körükcü Ö., Kukulü K., Fırat MZ. 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*, 2012; **19**: 193-202.
93. Wewers ME., Lowe NK. A Critical Review Of Visual Analogue Scales İn The Measurement Of Clinical Phenomena. *Research İn Nursing & Health*, 1990; **13**: 227-236.
94. Körükcü Ö., Bulut O., Kukulü K. Psychometric Evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. *Health Care for Women International*, 2014; **13:1**-18.
95. Uçar E. Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği B Versiyonu'nun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, *Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik*, İstanbul, 2013.

96. Nieminen K., Stephansson O., Ryding E. L. Women's Fear Of Childbirth And Preference For Cesarean Section—A Cross-Sectional Study At Various Stages Of Pregnancy In Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 2009; **88** (7), 807-813.
97. Ternström E., Hildingsson I., Haines H., Rubertsson C. Higher Prevalence Of Childbirth Related Fear In Foreign Born Pregnant Women—Findings From A Community Sample In Sweden. *Midwifery*, 2015; **31** (4): 445-450.
98. Büyükbayrak E. E., Kaymaz O., Kars B., Karşıdağ A. Y., Bektaş E., Ünal O., Turan C. Cesarean Delivery Or Vaginal Birth: Preference Of Turkish Pregnant Women And Influencing Factors. *Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 2010; **30** (2): 155-158.
99. Gao L. L., Liu X. J., Fu B. L., & Xie W. Predictors Of Childbirth Fear Among Pregnant Chinese Women: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *Midwifery*, 2015; **31**: 865-870.
100. Laursen M., Hedegaard M., Johansen C. Fear Of Childbirth: Predictors And Temporal Changes Among Nulliparous Women In The Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 2008; **115** (3), 354–360.
101. Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J.E., Halmesmäki E. Psychosocial Characteristics Of Women And Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. *BJOG: International Journal Of Obstetric & Gynaecology*, 2001b; 108, 492–498.
102. Waldenström U., Hildingsson I., Ryding E. L. Antenatal Fear Of Childbirth And Its Association With Subsequent Cesarean Section And Experience Of Childbirth. *BJOG*, 2006; **113**: 638-646.
103. Şen E., Dağ H., Şenveli S. The Reasons For Delivery-Related Fear And Associated Factors In Western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2015; 2(1).
104. Harmon T.M., Hynan M., & Tyre T.E. Improved Obstetric Outcomes Using Hypnotic Analgesia And Skill Mastery Combined With Childbirth Education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990; **58**: 525-530.
105. Gallagher S. Hypnobirthing. Nancy Wainer's Article [Issue 55] On The Use Of Hypnosis For Childbirth. [Journal Article, Commentary, Letter] *Midwifery Today*, 2001; Spring: (57)68. (8 bib).
106. Moore J. P. Counsellor And Hypnobirthing Practitioner, *British Journal of Midwifery*, 2012; August, **Vol 20**: No 8, Sydney.
107. Jenkins M.W., Pritchard M.H. Hypnosis: Practical Applications And Theoretical Considerations In Normal Labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993; **100**(3): 221-226.

108. Hao TY., Li YH., Yao SF. Clinical Study On Shortening The Birth Process Using Psychological Suggestion Therapy. *Zhonghua Hu Li Za Zhi*, 1997; **32(10)**:568-70. (General Military Hospital of Jinan, P.R. China.)
109. Kessler R. Mind/Body Medicine... Medical Obstetrical Hypnosis And APGAR Scores And Use Of Anesthesia During Labor And Delivery By Don C. Brown, MD. [Journal Article] *Alternative Health Practitioner*, 1999 Spring; **5(1)**: 77-8. (1 ref).
110. Simavli S., Gümüs I., Kaygusuz I., Yıldırım M., Usluoğulları B., Kafalı H. Effect Of Music On Labor Pain Relief, Anxiety Level And Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial, 2015 Nov; **21(4)**:229-32.
111. Dehcheshmeh FS., Rafiei H. Complementary And Alternative Therapies To Relieve Labor Pain: A Comparative Study Between Music Therapy And Hoku Point Ice Massage, 2015 Nov; **21(4)**:229-32.
112. Finlayson K, Downe S., Hinder S., Carr H., Spiby H., Whorwell P. Unexpected Consequences: Women's Experiences Of A Self-Hypnosis Intervention To Help With Pain Relief During Labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep 25;15:229.
113. Coşar F., Demirci N. Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi*, 2012; **Cilt 3 / Sayı 1**.



## FORMLAR

### Aydınlatma ve Onam Formu Örneği ( Ek 1)

Sayın Katılımcı,

Antenatal dönemde verilen hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapmaktayız. Bu amaçlar doğrultusunda gebe bilgilerinin alındığı bir bilgi formu, doğum korkusunu ve doğum ağrısını ölçmek üzere geliştirilmiş ölçek formları kullanılacaktır. Ölçeklerin tümü soru formundadır. Deney ve kontrol grubu olarak ayrı ayrı alacağımız eğitimlerde deney grubuna toplam 4 haftalık doğuma hazırlık hipnobirth eğitimi verilecek, kontrol grubuna bu eğitim verilmeyecek rutin gebe izlemi yapılacaktır. Her iki grubun katılımcılarının doğumları takip edilecektir. Çalışma sonunda eğitimin etkinliği değerlendirilecektir. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir yerinde onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Az sonra soracağım soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız çok mutlu oluruz. Vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Elde edilen bilgileri sadece araştırma grubunda yer alan kişiler görebilecektir. Araştırma raporunda ise kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi yer almayacaktır. Bu çalışma sonuçlarını daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde sunmayı hedeflemekteyiz. Çalışma sonuçları hakkında bilgi almak istediğiniz anda bize ulaşabilirsiniz.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

#### **Sorumlu Araştırmacı**

Doç. Dr. Gülay RATHFISCH

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 212 440 00 00/27018

#### **Yardımcı Araştırmacı**

Msc Ebe Filiz YARICI ATIŞ

Adana Halk Sağlığı Müdürlüğü, 80.Yıl Aile Sağlığı Merkezi

Telefon: 05065321764

e-mail: filiz\_atis01@hotmail.com

**Yukarıda sözü geçen araştırmanın amacı, uygulama süresi, uygulanacak ölçüm araçları ve yöntemi konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.**

...../...../2014

**Ad Soyad,**

**imza**

**XXXXXXXXXX**

**SORU FORMU****( Ek 2)**

Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi

**Soru Formu**

no:.....

*Sevgili Gebeler,*

*Bu Soru Formu İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yapılmakta olan Doktora Tez çalışması için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, gebelik döneminde verilen Hipnobirth eğitiminin doğum ağrısı ve korku üzerine etkisinin belirlenmesidir. Soru Formu için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyorum. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz. Lütfen adınızı soyadınızı yazmayınız.*

*Filiz YARICI ATIŞ*

**A. Demografik Özellikler**

1. Grup: 1) eğitime katılan 2) eğitime katılmayan
2. Yaş:
3. Medeni durumunuz: 1) evli 2) bekar 3) boşanmış
4. Aile tipiniz: 1) çekirdek aile 2) geniş aile
5. Evlilik süreniz:.....
6. Evliliğinizi ya da eşinizle olan ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
7. Eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite
8. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
9. Eşin eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite
10. Eşin çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
11. Ekonomik durumu: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
12. Boyunuz:.....
13. Gebelik öncesi kilonuz:.....
14. Şimdiki kilonuz:.....

## B. Obstetrik öykü

15. Planlı bir gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır
16. Gebelik haftası.....
17. Gebe kalma şekliniz: 1)kendiliğinden 2)tedavi gebeliği
18. Gebeliğinizde kullandığınız ilaçlar  
1) hiçbir şey kullanmıyorum 2) multivitamin 3) demir ilaçları  
4)diğer.....
19. Gebeliğinizde ilk kontrole ne zaman gittiniz:  
1) 4.haftada 2) 5-8.haftada 3)8-12. haftada 4)12 haftadan sonra
20. Şimdiki gebeliğinizde sizi endişelendiren bir durum var mı?  
1)evet (açıklayınız).....2)hayır

## C. Doğuma Hazırlık ve Doğum Beklentisi Öyküsü

21. Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu? 1) Evet 2) Hayır
22. Korkutuyorsa, neden korkuyorsunuz?  
a) Hastane ortamından  
b) Doğum ağrısından  
c) Sağlık ekibinin tutumlarından  
d) Doğum eyleminde yaşayabileceğim müdahalelerden  
e) Bebeğin sağlık durumundan  
f) Hayatımın ciddi risk altında olmasından / ölümden  
g) diğer.....  
.....  
.....
23. Doğumla ilgili bilgi aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır
24. Bilgi aldıysanız kimden veya nerden bilgi aldınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
a)TV-Radyo b)İnternet c) Anne d)Arkadaş e)Sağlık Ekibi
25. Ailenizde gebeliğiniz süresince manevi destek aldığınız kişiler kimlerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
1) Eşim 2) Annem 3) Kardeşim 4) Kayınvalidem  
5)diğer.....
26. Doğum ağrısını gidermek için ilaç dışında kullanılan yöntemleri biliyor musunuz?  
1) Evet 2) Hayır

**Cevabınız evet ise hangi yöntemleri biliyor sunuz?**

- Masaj 1) Evet 2) Hayır  
 Solunum egzersizleri 1) Evet 2) Hayır  
 Müzik 1) Evet 2) Hayır  
 Odaklanma 1) Evet 2) Hayır  
 Akupunktur 1) Evet 2) Hayır  
 Yoga 1) Evet 2) Hayır  
 Gevşeme 1) Evet 2) Hayır  
 Hipnoz 1) Evet 2) Hayır  
 Diğer.....

27. Daha önce hiç hipnoz oldunuz mu? 1) Evet 2) Hayır

28. Cevabınız Evet ise, nerde oldunuz ? .....

29. Daha önce hipnozla doğum (hipnobirth) şeklini duydunuz mu?  
 1) Evet 2) Hayır

30. Cevabınız Evet ise kimden veya nereden duydunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
 a)TV-Radyo b)İnternet c) Anne d)Arkadaş e)Sağlık ekibi

31. Daha önce bir doğuma hazırlık kursuna katıldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

32. Cevabınız Evet ise, katıldığınız doğuma hazırlık kursu eğitimi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- a) yetersiz bir eğitim  
 b) kısmen yeterli  
 c) yeterli bir eğitim  
 d) beklentilerimin üstünde  
 e) diğer.....



- 5      Son derece güçlü      Hiç güçlü değil  
          0            1            2            3            4            5
- 6      Son derece kendinden emin değil      Hiç kendinden emin  
          0            1            2            3            4            5
- 7      Son derece korkmuş      Hiç korkmamış  
          0            1            2            3            4            5
- 8      Son derece yüzüstü bırakılmış bırakılmamış      Hiç yüzüstü  
          0            1            2            3            4            5
- II      Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**
- 9      Son derece güçsüz      Hiç güçsüz değil  
          0            1            2            3            4            5
- 10     Son derece güvende      Hiç güvende değil  
          0            1            2            3            4            5
- 11     Son derece bağımsız      Hiç bağımlı  
          0            1            2            3            4            5
- 12     Son derece umutsuz      Hiç umutsuz değil  
          0            1            2            3            4            5

- 12      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Gerginlik  
 gergin      yok
- 13      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 memnun      memnun değil
- 14      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 hoşnut      hoşnut değil
- 15      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 terkedilmiş      terkedilmemiş
- 16      0      1      2      3      4      5  
 Tamamen      Hiç  
 kendine hakim      kendine hakim  
 değil
- 17      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 rahat      rahat değil
- 18      0      1      2      3      4      5  
 Son derece      Hiç  
 mutlu      mutlu değil

**III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?**





Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim

Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim

27      0                      1                      2                      3                      4                      5

Kontrolümü tamamen kaybedeceğim

Kontrolümü kaybetmeyeceğim

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

28      0                      1                      2                      3                      4                      5

Son derece keyif verici

Hiç keyif verici değil

29      0                      1                      2                      3                      4                      5

Son derece doğal

Hiç doğal değil

30      0                      1                      2                      3                      4                      5

Tamamen olması gerektiği gibi

Hiç olması gerektiği gibi değil

31      0                      1                      2                      3                      4                      5

Son derece tehlikeli

Hiç tehlikeli değil

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

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

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

0 1 2 3 4 5

Hiç

Çok sık

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

**GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VAS) ( Ek 4)**

Aşağıdaki skala ağrınızın şiddetini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen şu andaki ağrınızı çizelge üzerinde işaretleyerek gösteriniz.

Latent faz (açılma 1-3cm)	<b>Ağrı yok</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Dayanılmaz ağrı</b>
Aktif faz (açılma 4-7 cm)	<b>Ağrı yok</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Dayanılmaz ağrı</b>
Geçiş fazı (açılma 8-10 cm)	<b>Ağrı yok</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<b>Dayanılmaz ağrı</b>





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 kasılmaları ve doğumunuz sırasında neler hissettiniz?

- 18 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Hiç  
panik panik değil
- 19 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Ümitsizlik yok  
ümitsizlik
- 20 0 1 2 3 4 5  
Aşırı çocuğa Hiç  
kavuşma isteği kavuşma  
isteği yok çocuğa kavuşma
- 21 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Öz güveni  
öz güvenli yok
- 22 0 1 2 3 4 5  
Son derece Kendine  
güvenli güvensiz
- 23 0 1 2 3 4 5  
Aşırı Hiç  
ağrılı ağrı yok

### IV Doğum kasılmalarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olduğunu hatırlıyorsunuz?

- 24 0 1 2 3 4 5  
Son derece kötü Kötü bir  
bir şekilde davrandım şekilde davranmadım





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

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

0 1 2 3 4 5  
Hiç Çok sık

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

0 1 2 3 4 5  
Hiç Çok sık

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

## DOĞUM SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU ( Ek 6)

### 1. Doğuma yardım eden kişi

- a) ebe
- b) doktor
- c) hemşire
- d) diğer.....

### 2. Doğum pozisyonu

- a) Litotomi
- b) Çömelme
- c) Ayakta
- d) diğer.....

### 3. Doğum eyleminin süreleri

- dilatasyon.....
- İkinci evre.....
- Üçüncü evre.....

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

- a) Hayır
- b) Epizyotomi /dikişli doğum
- c) Vakum uygulaması
- d) Fundal basınç
- e) Diğer.....

### 5. Perine yırtığı oluştu mu?

- a) Hayır
- b) Birinci derece perine yırtığı
- c) İkinci derece perine yırtığı
- d) Üçüncü derece perine yırtığı

### 6. Servikal Yırtık oluştu mu?

- a) Hayır
- b) Evet

### 7. Bebeğinizin cinsiyeti.....

### 8. Bebeğinizin kilosu.....

### 9. Bebeğinizin boyu.....

### 10. Bebeğinizin baş çevresi.....

11. İlk emzirme zamanınız.....

12. Bebeğin Apgar skoru 1.dak. ....5.dak.....

13. Yenidoğanın özel bakıma ihtiyacı oldu mu?

a) Hayır b) Evet :.....

14. Ten tene temas sağlandı mı?

a)Evet b)Hayır

15. Doğum sonrası anne bebek iletişimi ne zaman başladı

a)İlk 5 dak içinde

b)5-10 dak

c)10-20 dak

d)20 dak ve sonra

16. Doğumunuzun zorluk derecesini aşağıdaki çizelgede işaretleyiniz.

Çok kolay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok zor
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

17. Doğum sonrası istenmeyen bir durum gelişti mi?

a) Hayır b) Kanama c) Hematom d)Diğer

18. Hipnobirth eğitiminin doğum ağrınız üzerine bir etkisi olduğunu söyleyebilir misiniz?

1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır

19. Hipnobirth eğitiminde öğrendiklerinizi doğum sırasında uygulayabildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

20. Sizce Hipnobirth eğitiminin doğumunuz üzerine etkisi nedir?

Rahatlamama yardımcı oldu. 1) Evet 2) Hayır

Huzur ve güven verdi. 1) Evet 2) Hayır

Ağrılarımı hissetmemi azalttı. 1) Evet 2) Hayır

Ortama uyum sağlamama yardımcı oldu. 1) Evet 2) Hayır

Hiç etkisi olmadı. 1) Evet 2) Hayır

Diğer.....

21.Hipnobirth doğumu yakınlarınıza önerir misiniz?

1) Evet 2) Hayır

**ETİK KURUL KARARI**

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69937107 1474  
Konu: Araştırma Başvurusu

13 Ocak 2015

Sayın Filiz YAKICI ATIŞ  
(80.Yıl Aile Sağlığı Merkezi)  
Çukurova/ADANA

İlgi: 24.12.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenizle, Genel Sekreterliğimize bağlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirmek istediğiniz “**Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi**” konulu bireysel araştırma projenize ait başvuru evrakları, Birliğimiz “Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu” tarafından değerlendirilmiş olup, söz konusu çalışmanız oy birliği ile uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Orhan GÖRGÜLÜ  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

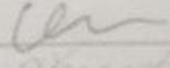
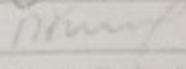
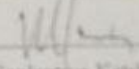
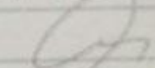
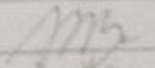
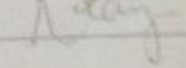
Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği  
Eğitim Birimi Tel: 0 322 4557040

Hacı Ömer Sabancı Cad. Seyhan/ADANA

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplantı Sayısı	Tarih
37	5 Aralık 2014

KARAR NO 3- İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde, Doç. Dr. Gülay Rathfisch'in sorumlu araştırmacı, Bilim Uzmanı Ebe Filiz Yarıcı Ateş'in yardımcı araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen, "Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı ve Korku Üzerine Etkisi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

<b>BAŞKAN</b>	Doç Dr Selim Kadoğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
<b>ÜYELER</b>	Prof Dr Mülkiye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balçalı 01330 Adana  
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22