

156252

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**TRAVAYDAKİ GEBELERE UYGULANAN
GEVŞEME, SOLUNUM EGZERSİZİ VE DOKUNMANIN
DURUMLUK ANKSİYETESİ DÜZEYİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hatice Gülderen ÖZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Nazife AKAN

MERSİN - 2004

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**TRAVAYDAKİ GEBELERE UYGULANAN
GEVŞEME, SOLUNUM EGZERSİZİ VE DOKUNMANIN
DURUMLUK ANKSİYETESİ DÜZEYİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hatice Gülderen ÖZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. Nazife AKAN


Tez No: 30


MERSİN - 2004


Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02.12.2004


Yrd.Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd.Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd.Doç. Dr. Özlem PATA
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 08.12.2004 tarih ve 2004/329 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Canan ERDOĞAN



TEŞEKKÜR

Hayatımın en verimli dönemi olarak gördüğüm yüksek lisans öğrenimim boyunca değerli bilgi, deneyim ve zamanını esirgemeyen, bu çalışmamda eşsiz katkıları olan tez danışmanım Sn. Yrd.Doç. Dr. Nazife AKAN'a,

Çalışmamda ve başarımda katkıları olan Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürü Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN, Ebelik Anabilim Dalı Başkanı Sn. Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul, Yrd. Doç Dr. Özlem PATA, Yrd. Doç Dr. Belkıs KARATAŞ, Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT, Öğr.Gör. Mehtap AKÇINAR'a, diğer öğretim üyelerine ve elemanlarına,

Çok değerli arkadaşlarım Arş. Gör. Neşe KELEŞ, Arş. Gör. Esine ŞEN, Arş. Gör. Zeynep SERİNOL, Arş. Gör. Türkan ERER, Öğr.Elm. Elife Kettaş ve Şule BAŞIBÜYÜK'e

İstatistik değerlendirmelerimde katkılarından dolayı Yrd.Doç.Dr.Arzu KANIK, Arş.Gör. İlter HELVACI ve Öğr.Elm. Sema ERDEN'e,

Katkılarını ve yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitü Sekreteri Sn. Ahmet KAMACI'ya

Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi'nde çalışan değerli ebelere ve hemşirelere,

Yüksek lisans başarımda her türlü yardımını ve zamanını esirgemeyen, beni her konuda destekleyen aileme ve Gökçe ÖZÇİFT'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ağrının Tanımı ve Fizyolojisi	4
2.1.1. Ağrının Çeşitleri	4
2.1.2. Ağrının Algılanmasında Kültürel ve Çevresel Farklılıklar.....	6
2.1.3. Acı.....	7
2.2. Doğum Ağrısının (Kontraksiyonlarının) Fizyolojisi.....	8
2.2.1. Doğum Kontraksiyonunun Özellikleri.....	8
2.2.2. Uterus Kasılmalarının Oluşmasında Hormonal Faktörler.....	10
2.3. Doğum Ağrısında Anksiyete ve Stres Kavramları.....	11
2.3.1. Doğum Ağrısının Anksiyete ve Stres İle İlişkisi.....	12
2.4. Doğum Ağrısı ile Başetme Yöntemleri	13
2.4.1. Farmakolojik Yöntemler.....	13
2.4.1.1. Sistemik Etkili Yöntemler.....	14
2.4.1.2. Lokal Anestezik Teknikler.....	15
2.4.2 Nonfarmakolojik (Doğal) Yöntemler.....	17
2.5. Doğum Ağrısı ile Başetmede Ebenin Rolü	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı.....	26
3.2. Araştırmanın Şekli	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
3.4. Araştırmanın Evreni	27

3.5. Örneklem Seçimi	27
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.7. Verilerin Toplaması	28
3.7.1 Veri Toplama Araçları.....	28
3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	29
3.7.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR.....	33
5.TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER.....	55
EK-1 Anket Formu.....	55
EK-2 STAI Form.....	57
EK-3 Wong/Baker Ağrı Skalası.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	59

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge-1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Çizelge-2 Gebelerin Ağrı Deneyimlerinde Ağrıyı İfade Etme Şekline Göre Dağılımı.....	34
Çizelge-3 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
Çizelge-4 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	35
Çizelge-5 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Sağlık Güvencesi Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	36
Çizelge-6 Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı.....	37
Çizelge-7 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Dismenoreyi Hafifletme Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
Çizelge-8 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Düşük veya Ölü Doğum Deneyimlerine Göre Dağılımı.....	38
Çizelge-9 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Doğum Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	39
Çizelge-10 Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Doğum Konusunda Bilgi Alınan Personle Göre Dağılımı.....	39

KISALTMALAR DİZİNİ

- GnRH** :Gonadotropin Releasing Hormon
- n** : Sayı
- SS** : Standart Sapma
- TNSA** :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TENS** :Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı)
- X** : Ortalama



ÖZET

Araştırma travayda gebelere uygulanan ağrıyla doğal başetme yöntemlerinden gevşeme, solunum egzersizi ve dokunmanın ağrı anksiyetesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini normal doğum yapan 50 gebe oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun (%54) 17-22 yaş arasında, %74'ünün ilkokul mezunu ve %46'sının herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Daha önce bir gebelik yaşayan kadınların %76.2'sinin hastanede doğum yaptığı ve %23.8'inin ise düşük veya ölü doğum deneyiminin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %94'ünün şimdiki gebeliği istediği saptanmıştır.

Araştırmaya alınan gebelerin %72'sinin doğum konusunda yeterli bilgi almadığı belirlenmiştir. Bilgi alan gebelerin ise %42.9'inin bu bilgileri ebe veya hemşireden alırken %57.1'inin doktordan aldığı belirlenmiştir.

Araştırmada gebelere uygulanan doğal ağrı hafifletme yöntemlerinin durumluk kaygı düzeyini düşürdüğü saptanmıştır. Doğum ağrısını hafifletmek amacıyla gevşeme, solunum egzersizi ve dokunma gibi yöntemleri kapsayan girişimlerden önce gebelerin kaygı puan ortalaması 58.46 iken, girişim sonrası 37.44'e düştüğü belirlenmiştir ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.005$).

Bu yöntemlerle ebelerin, doğuma hazırlıkları yetersiz olan gebelerin travaydaki kaygılarını azaltabileceği görülmüştür.

Gebelerin eğitim düzeyi, sosyal güvencesi, doğum konusunda bilgi almaları ve bilgi alınan sağlık personelinin kaygı düzeyleri üzerine etkili olduğu görülmüştür($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler; doğum ağrısı, kaygı, doğal ağrı yönetimi.

ABSTRACT

The research, has been done experimentally with the aim of evaluating the impact of natural pain control methods, such as relaxing, touching and breathing exercises on the pain anxiety, used on mothers who give birth. Examples of the study contain 50 pregnant women who gave normal birth .

When identifier qualities of these pregnant women have been examined, it has been designated that most of the pregnant women (54%) are young period pregnant between 17-22 age. It has been determined that 74% of pregnant are graduated from primary school and 46% of pregnant do not have any social insurance. It has been found that 76.2% of women who had a birth experience before, gave birth in a hospital and as for 23.8% of pregnant have had an abortion or death birth experience. Moreover, 94% of pregnant women want their present pregnancy.

It is designated that 72% of pregnant who has taken part in research group did not get enough information about giving birth. It is found that while 42.9% of pregnant who got information about birth have been informed by midwives or nurses, 57.1% of pregnant by doctors.

It is determined that while anxiety point average was 58.46 before the natural pain control methods such as relaxing, breathing exercises and touching are applied in order to decrease labour pain of women who has taken part in the research, anxiety point average has fallen to 37.44 after using the methods and the difference is found meaningful statistically($p < 0.005$). According to these results, it is designated that in the event of pregnant's preparations being insufficient, the midwife who help labour, can decrease pregnant anxiety by using these natural pain control methods.

It has seen that pregnant's education level, their social insurance, getting information about giving birth and the staff that they get information from have impact on the anxiety levels($p > 0.05$).

Suggestions are given according to the results of the research.

Key Words; labour pain, anxiety, natural pain management

1. GİRİŞ

Cinsel olgunluk dönemi, kadının yaşamında 30 yıldan fazla bir süreyi kapsayan ve genel olarak doğurganlıkla karakterize olan bir dönemdir. Gebelik ve doğum, bu dönemde kadının karşılaştığı ve yaşam krizi olarak nitelenen, kadının ve ailesinin fiziksel ve psikososyal sağlığını etkileyen bir gelişimsel süreçtir(1,2,3).

Bu doğrultuda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için kadının gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi, doğum eylemi ve sonrası dönemlerinde kaliteli sağlık hizmeti alması önemlidir.

Doğum bütün kadınlar için ağrı ve acı verici bir deneyimdir. Bu deneyimi olumlu ya da olumsuz etkileyen bir çok faktör vardır(4,5). Yaş, eğitim düzeyi, önceki doğum deneyimleri, ağrı eşiği, fetusun sağlığı, doğumu başarabilme kaygıları, doğum öncesi dönemde bakım ve ağrıyla baş etme konusunda eğitim alması, doğum süresince aile ve sağlık üyelerinin desteği, kültürel özellikler gibi faktörler anne adayının ağrıyı algılama ve baş etme düzeyini etkileyebilmektedir(6,7). Twycross, İngiltere’de hastanede yatmakta olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada uykusuzluk, rahatsız bir durumda bulunmak, yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyon gibi etkenlerin kişinin ağrı eşiğini düşürdüğünü saptamıştır(8).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 sonuçlarına göre, doğurganlık hızı 2.6 olup, doğumların %26.7’sinin evde, %72.5’inin sağlık personeli tarafından, %19.4’ünün sağlık personeli yardımı olmadan kendi kendine olduğu belirlenmiştir(9,10). Yine 1998 TNSA verilerine göre doğumların %40,1’i doktor, %40.5’i ebe yardımıyla sonuçlanmıştır. Gebelerden %68’i en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Bu bakımın %7.3’ü ebe/hemşire tarafından verilmiştir(9). Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumlar, sağlık personelinden doğum öncesi bakım almış gebelerin oranından daha yüksektir.

Doğumda sağlık hizmeti alma isteğinin en önemli nedenlerinden biri her normal doğumun uzun bir ağrı sürecinin olması ve doğum ağrısının akut ve hızlı bir artış göstermesidir. Gelişen tıp ve teknoloji bu evrede kadını rahatlatmayı amaçlamıştır. Doğum ağrısını azaltmak amacıyla özellikle anestezi üzerinde durulmuştur ve son yıllarda lokal analjezi yaygınlaşmıştır. Anestetik veya narkotik ilaçların epidural veya

spinal uygulaması ağrının azalmasını sağlasa da yan etkileri bireye göre değişebilmektedir. Öte yandan gebelerin normal doğum konusundaki yetersiz bilgi ve olumsuz deneyimleri sonucu analjezi veya anesteziyi daha çok tercih ettikleri görülmüştür (11,12).

Doğum ağrısını azaltmada farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemler olarak bilinen ağrı ile doğal başetme teknikleri de yer almaktadır. Ancak kişinin bu yöntemlerden yararlanabilmesi için yeterli bir eğitimle gebelik döneminde psikolojik ve fiziksel yönden hazırlanmış olması gerekmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerin başarısında tek şart gebenin bu yöntemi tercih etmesidir. Ülkemizde geleneksel olarak özellikle evde doğumlarda doğumun daha kolay gerçekleşmesi amacıyla bir çok yöntem kullanılmaktadır. Diz çökerek, oturarak, yatarak, asılarak doğum yapma en çok tercih edilen yardımcı teknikler arasında yer almaktadır (13).

Doğal ağrı hafifletme yöntemlerinden en çok kullanılanlar; masaj, dikkati başka yöne çekme, aromaterapi, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation=Cilde elektriksel sinir uyarısı), akupunktur, solunum egzersizleri ve dokunma gibi değişik tekniklerdir(14,15,16,17,18,19).

Doğum öncesi dönemde veya travayın (doğum eylemi) başında verilen eğitimle doğal ağrı hafifletici yöntemlerin uygulanması, ağrısız bir doğumu garanti etmekten çok, doğum stresi ile başa çıkmaya yardımcı olur. Doğal ağrı ile başetme yöntemleri, mükemmel bir şekilde düşünce, vücut, ruh, ve çevre arasında bağ kurar, bütünlüğü ve dengeyi sağlarlar (11,12).

Nonfarmakolojik yöntemin gebe açısından en olumlu yanlarından birisi bunları uygulamanın kendi kontrolünde olmasıdır(12,15).

Gebeliğin başlangıcı ile birlikte gebelerin doğal ağrı hafifletici yöntemler konusunda danışmanlık alması sağlanmalı ve tercih ettikleri yöntem konusunda gerekli psikolojik ve fiziksel hazırlıklar bu dönemde tamamlanmalıdır. Bu hazırlık ebeler veya kadın doğum uzmanlarınca poliklinik hizmetleri, ev ziyaretleri, doğuma hazırlık kursları ile sağlanabilir(16,20). Doğuma hazırlık açısından bakıldığında ülkemizde verilen sağlık hizmetinin yetersiz olduğu söylenebilir. Bu da gebelerin doğuma hazır olmadan gelmelerine neden olmaktadır.

Doğumun sağlıklı bir şekilde sonuçlanması için annenin uyumu son derece önemlidir. Bu şekilde doğum kliniğine gelen gebelerin doğumda katılımını sağlamak öncelikle o klinikte görev yapan ebe-hemşirenin bilgi ve becerisine bağlıdır.

Gebe veya doğum yapmış annelere çoğu zaman duygu ve düşünceleri dikkate alınmadan sadece önerilen tıbbi tedavi yapılmakta, gerekli ebelik veya hemşirelik bakımını verilmeden taburcu edilebilmektedir. Önceki doğumda yaşanan olumsuz olaylar, doğum yapmışların anlattıkları veya daha önceki herhangi bir olumsuz sağlık bakım deneyimi kişide korku, çaresizlik, dehşet duyguları uyandırarak travma sonrası stres bozukluğuna neden olabilmektedir. Klinik olarak da kişide olayı tekrar tekrar anımsayıp yaşama, olayla ilgili rüyalar görme, olaya ilişkin çağrışımlardan yoğun bunaltı duyma, aşırı uyarılmışlık haline bağlı uyku ve yoğunlaşma bozuklukları, aşırı irkilmeler, kolay öfkelenme ve olaya bağlı durum ya da ortamlardan kaçınma görülür. Doğumda yaşanan travmalar da kişide korku, çaresizlik ve dehşet duygusunun gelişmesine, doğumu gerçekleştirecek gücü kaybetmesine ve doğumun uzamasına neden olabilmektedir(21).

Doğum veya ağrı deneyimi nasıl olursa olsun doğal ağrı hafifletici yöntemlerin kullanılması ile ağrı anksiyetesinin azalması doğumun gerçekleşmesine yardımcı olan ebe ile gebenin iletişimini kolaylaştıracak, gebenin doğum sürecini fiziksel ve ruhsal yorgunluk olmadan zamanında sağlıklı bir bebeğin doğumu ile tamamlamasına yardımcı olacaktır(2,4,5,6,12,22).

Bu çalışma doğum eyleminde solunum, gevşeme teknikleri ve dokunma gibi doğal ağrı hafifletici yöntemlerinin ağrı anksiyetesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı ve Fizyolojisi

Ağrı, bedenimize hoş olmayan bir uyarandan kaynaklanan, duygusal ve algısal süreçlerin birlikte bulunduğu bir deneyimdir. Latince *poena* (ceza, intikam, işkence) sözcüğüyle bağlantısı olan ağrı (pain), “hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu” olarak tanımlanır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre “Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişindeki deneyimlerinden etkilenen ve istenmeyen durumu uzaklaştırmaya yönelik hoş olmayan biyokimyasal ve emosyonel bir durum veya davranış şeklidir”(23). Bir başka deyişle ağrı olumsuz bir uyarana karşı bir savunma tepkisidir(1,8,24).

Her iki tanım da ağrının subjektif yapısını içermektedir. Ancak, klinik olarak en yararlı tanımı McCaffery yapmıştır; “Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” (23). Hoşa gitmeyen- zarar verici (noxious) uyarıcı öznel ağrı duyusunun yanı sıra, kaçma, kaçınma, donup kalma, benzer durumlara düşmemek için dikkatli olma gibi organizmanın kendini korumasına yönelik davranışsal tepkilere yada kronik ağrı davranışına yol açabilir(8,23). Doğum olayı da ağrının yoğun yaşanmasına neden olan bir durumdur(24).

2.1.1. Ağrının çeşitleri

Ağrı kavramı süresine göre ve özel ağrılar olmak üzere iki bölüme ayrılmaktadır;

Süresine göre ağrılar;

- 1- Akut ağrılar; ağrı başlangıcı genellikle ani ve şiddetlidir. Nedenine bağlı olarak tedavi edilebildiği gibi 6 aya kadar sürebilmektedir. Akut ağrı basit bir iğne batmasından kaynaklanan ağrı türünü de içine alabilmektedir.

2- Kronik ağrı; 6 aydan uzun sürebilen ağrı türüdür. Migren, sickle cell krizleri, kanser, yanık ve vasküler hastalıklar bu tür ağrılara örnek verilebilir.

Özel ağrı türleri;

Somatik ve viseral ağrı: Ağrının kaynağı deri ve subkutan doku (yüzeysel), kas ve kemikler (derin somatik ağrı) yada organlardır (viseral ağrı). Sinir uçlarının tahribi ya da uyarısı ile ulaşan yüzeysel ağrı lokalizedir ve genellikle keskin ve yanıcı olarak tanımlanır. Analjeziklere iyi yanıt verir. Derin somatik ağrı, lokalize değildir, “zonklama, bıçak batar tarzda veya basınç hissi” gibi tanımlanır. Kesi, basınç, ısı ve iskemi gibi uyaranlarla ortaya çıkar. Organlardaki sinir uçları daha az olduğu için viseral ağrının lokalizasyonu güçtür. Distasyon, iskemi, spazm ve kimyasal iritanların uyarısı ile ortaya çıkan bu ağrı keskin, zonklayıcı ve kramp şeklinde tanımlanır.

Refere ağrı: Uyarının olduğu bölgeden başka bölgelere yansıyan ağrıdır. Miyokard enfaktüsünde sol kola yayılan ağrıdır.

Santral ağrı: Periferel yada merkezi sinir sisteminin bir bölümünde oluşan hasarla ilgili ağrıdır. Nevralji, kozalji ve fantom ağrısı santral ağrı örnekleridir. (8,23)

Doğum ağrısı (sancısı): Doğumu sağlayan güç olarak bilinen doğum ağrıları kontraksiyon adı verilen uterin kasılmaları ile ortaya çıkar. Doğum eyleminin başlamasında östrojenin, prostoglandinler (PGE₁, PGE₂), kalsiyumun, nörohipofizinden salgılanan oksitosinin rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca büyüyen fetusun uterusu aşırı germesi sonucu kasılmaların ortaya çıkması ve plesantanın yaşlanması ile progesteron, östrojen oranının düşmesi gibi çok çeşitli faktörler de doğum olayının başlamasında etkindir.

Bütün gebelik boyunca; kısa süreli, düzensiz uterin kasılmalar görülür. Fakat bu kasılmalar doğum eyleminde düzenli, 2-3 dakikada bir ve güçlü olarak gelmeye başlar. Uterus korpusunun üst kısmında daha fazla myometrial yapı (kas tabakası) olduğu için bu bölge, alt segmente göre daha fazla kontrakte (kasılma) olur. Böylece yukarı segment giderek kalınlaşır. Bu iki segment arasında retraksiyon halkası (Bandl halkası)

ortaya çıkar. Korpus kasıldıkça ve önde gelen kısmın yaptığı bası ile alt segment açılmaya ve uzamaya başlar. Fetusun servikal kanal doğrultusunda ilerlemesi ve ıkıntılı ağrıların gelmesi ile doğum olayı gerçekleşir(25).

2.1.2. Ağrının Algılanmasında Kültürel ve Çevresel Farklılıklar

Doğum ağrısı, farklı kültürel davranışlarla ifade edilebilmektedir. Ağrı, kişisel olmasına karşın kültürel inançlardan da etkilenmektedir(12). Asyalı kadın utandığı için ağrısını ifade edemezken, Çin kültüründe ağrıya dayanma geleneksel bir erdem olarak kabul edilir. Denir ki; “eğer en iyi kişi olmak istersen, büyük acılara dayanmalısın.” Bu düşünceleri nedeniyle ağrının hafiflemesi istenmeyen bir durumdur. Ağrı kesiciler yerine, kendi kendilerini rahatlatma yöntemini kullanmaktadırlar(17). Meksika kültürüne göre de kadınların doğum eylemi süresince ağızlarını kapalı tutmaları gerekmektedir. Çünkü soluk almanın, uterusun yükselmesine yol açarak ağrı oluşturacağına inanılmaktadır. Navajolu kadınlar eylemde mahremiyetlerini sağlamak için sessiz kalırlar. Ağrı kesiciye ihtiyaç duyduklarında bile, bu isteklerini iletmede tereddüt ederler(2,26,27). İsviçre’de büyük oranda kadınların kendi istekleri doğrultusunda analjezik uygulanırken, Almanya’da doğum ağrısının kadın vücudunun doğal bir fonksiyonu olduğu düşünüldüğünden analjeziklere gerekmedikçe başvurulmamaktadır(16).

Kültürel farklılıkların yanında kadının edinmiş olduğu deneyimler onun doğum boyunca yaşadığı ağrı şiddetini belirlemektedir. Daha önce yaşamış olduğu (fiziksel, duygusal veya cinsel travmalar gibi) deneyimler, ailesel problemler, ebeveynlerden birini veya ikisini kaybetme, kronik hastalıklar, yorgunluk ve diğer fiziksel faktörler kilit rol oynamaktadır. Bu faktörlerin bir kısmı kadının çocukluk döneminden kaynaklanmaktadır. Bu gibi aşırı stresler çocukluk döneminde duygusal yönden kendine güvenmemeye ve hazır olmadan yetişkin sorumluluklarını üstüne almaya zorlar. Zihninde dünyayı güvenilmez ve tehlikeli bir mekan olarak şekillendirir. Bu ruh hali kişinin yetişkinlik döneminde doğum gibi stres verici deneyimlerine yansımaktadır (12, 28,29).

Güven içinde, sevgiyle yetişen, sağlıklı kadınların duygusal gelişimi yaşları ile eşit düzeydedir ve karşılaştıkları sorunlar onları fazla etkilemez. Böyle kadınlar

özgüven sahibidir ve ağrı ile başedebilecek durumdadırlar. Doğum ağrısının geçici ve normal olduğunu daha rahat kavrarlar. Ağrıya rağmen mücadele ettikleri ve başardıkları için mutlu olurlar. Sonuç olarak doğum ağrısı kişinin deneyimlerinden etkilenmektedir. Doğum ağrısı bir travma olup tüm hayatı etkileyebilir. Hayat boyunca bir veya birkaç kez yaşanan gerçekten zor bir meydan okuyuştur(12,28).

2.1.3. Acı

Acı; ağrı, korku, tedirginlik, stres, sevilen bir kişinin yitilmesi gibi durumlarda ortaya çıkan olumsuz psikolojik bir yanıtıdır. Acı olayı kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğü bozulduğunda ya da tehdit altında kaldığında ortaya çıkar (1,8,23).

Ağrı ve acı sonrasında kişide bağırma, kaçma-kurtulma reaksiyonu, sağlık sistemine aşırı bağlanma, işten ve toplumdaki uzaklaşma gibi davranışsal değişiklikler meydana gelir. Tüm bu davranışlar gerçek olarak değerlendirilmelidir. Bu noktada kişi çevresel etmenlerden de aşırı biçimde etkilenir (8).

Acının algılanması ve ifadesi bireyin benlik kavramı ile yakından ilgilidir. Benlik bir çok olay, duygu ve düşüncelerin karmaşık bir bütünüdür. Bu nedenle farklı düzeylerde ele alınması gerekir:

Davranışsal benlik; kişinin çevresi ile hem ilişki kurması hem de yarışmaya girmesi ile belirlenir. Bu çabalar onun toplumsal benliğini de ortaya koyar. Kişinin kendine yetip yetmemesi ve ağrı ile başa çıkıp çıkmamasında davranışsal benlik önemli rol oynar

Kognitif benlik; kişinin geçmişten geleceğe tüm kültürel yapısı ile ortaya çıkar. Bireyin travmalarında ve şizofreni gibi durumlarda bu özellik kaybolabilir. Sağlıklı bir bireyde kognitif benlik daha çok bireysel özellik taşır.

Dinamik benlik; yaşla birlikte değişkenlik gösterir. Toplum ilişkileri içerisinde fiziksel ve psikolojik olaylar dinamik benliğin belirlenmesinde önemli rol oynar. Acı ya da benliğin bütünlüğüne karşı tehdit, kişinin olaylara karşı reaksiyonuyla belirlenir(1,8,23).

Kişinin dayanılmaz ağrılar çekmesi onun benliğinin bütünlüğüne bir tehdittir. Bu tehdit sonucunda kişilik yapısı çökebilir ve ağrılar daha da dayanılmaz hale gelebilir.

Ağrının artması bütün bu benlik tiplerini etkileyerek kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü bozmakta ve acı haline gelmektedir(8).

2.2. Doğum Ağrısının Fizyolojisi

Doğumda ağrının kaynağı genel olarak uterus kas tabakasındaki kasılmalar (kontraksiyon) dır. Myometrium gibi düz kaslarda kasılma ve gevşemeler esas olarak myosin filamentlerinin enzimatik fosforilasyon ve defosforilasyonu ile düzenlenmektedir. Anahtar görevini üstlenen myosin enzimi, hafif zincir kinaz enzimidir. Uterus kasılmaları bir otonom sinir yumağı olan ve uterotubal kavşakta varlığı kabul edilen pacemaker'lerden başlayarak saniyede 2 cm yol alır. Böylece kasılma dalgasının tüm uterusu yayılması 15 saniyede olmaktadır(2,4,5).

Uterus kontraksiyon şiddeti, kasılmaların uterus kavitesinde yarattığı basıncı ölçerek değerlendirilebilir. Uterus dinlenme halinde iken ölçülen intrauterin basınç 10-12 mmHg'dır. Hypertoni durumunda 30 mmHg'ya kadar artabilir. Uterus kontraksiyonları intrauterin basınç 10-20 mmHg'yı aştığı zaman abdominal olarak palpe edilebilir. Basınç 25 mmHg'nın üzerine çıktığında gebe ağrı hisseder.

Doğum ağrısının dört nedene bağlı olabileceği düşünülmüştür;

- a) Kontrakte olan myometriumda hipoksi,
- b) Serviks ve alt segmentte sıkıca kenetlenmiş durumda olan kas demetleri tarafından sinir ganglionlarının sıkışması,
- c) Dilatasyon sırasında serviksin gerilmesi,
- d) Uterus üzerini örten peritonun gerilmesi (2,4,5).

2.2.1. Doğum Kontraksiyonunun Özellikleri

Kontraksiyonların oluşma bakımından uterus üst ve alt olmak üzere iki segmentten oluşmaktadır Doğum boyunca uterusun fundusu aktif segmenttir ve daha alt kısımlar nispeten pasiftir. Üst ve alt segmentlerin liflerinin birleştikleri nokta fiziksel geri çekilme bölgesidir. Düzenli kontraksiyonlar aktif doğum esnasında devam ederken aktif segment git gide artan bir şekilde kalınlaşır. Alt segment ise bebeğin işini kolaylaştırmak için zıt şekilde artarak incelir. Bu farklılık dilatasyon ve bebeğin

doğumu için gerekli olan kuvvetleri arttırır. Üst segmentte miyometrial hücreler kısalır ve uterusun etrafında sabit gerilim devam ettiği için geri çekilme yaşanır. Bu kısalma maksimum kalınlığa ulaşan myometrial duvarın kalınlaşmasına sebep olur. Kontraksiyonun bu hareketi ve geri çekilme alt segmentteki eş zamanlı değişimlere dayanır. Alt segmentin miyometrial lifleri her bir kontraksiyonla gerilir ve uzunluğu sabit kalır. Alt ve üst segmentlerdeki myometrial hücrelerin aralarındaki fark kasılma dalgasının gelişmesine sebep olur.

Etkili kasılma için aşağıdaki maddeler göz önüne alınmalıdır;

1-Kontraksiyon fundustan aşağıya alt segmente doğru yayılır,

2-En uzun kontraksiyon fundusta görülür ve aşağıya doğru yavaş yavaş azalır,

3-Kontraksiyon en şiddetli fundusta görülür ve aşağı doğru azalır(16).

Doğumun erken dönemlerinde kasılmalar 30 dakikada bir gelebilir. Doğum ilerledikçe kasılmalar bir ya da üç dakikada bir gelmeye başlar. Kontraksiyonların şiddeti gittikçe artar ve kasılmalar arasında kısa bir gevşeme süresi kalır.

Doğum sırasında uterus ve abdominal kasların birlikte kasılmaları, her kuvvetli kasılmada fetusa yaklaşık 12 kg'lık bir kuvvet uygular. Doğum kontraksiyonları aralıktır. Kasılmalar sürekli olsaydı, kuvvetli kasılmalar plasenta kan akımına karşı direnci artırıp hatta kan akımını durdurarak fetusun ölümüne yol açabilirdi. Kliniklerde oksitosin gibi çeşitli uterus uyaranlarının aşırı dozda kullanımının uterusu ritmik kasılmalar yerine spazm yaratarak fetusun ölümüne yol açtığı gözlenmiştir

Fetusun çıkmasında ilk büyük engel uterusun serviksidir. Gebeliğin sonuna doğru serviks yumuşar ve böylece uterusu doğum kontraksiyonları başladığında gerilmeye uygun hale gelir. Doğumun ilk fazı olarak adlandırılan dönemde serviks giderek genişler, fetus başının geçebileceği kadar açılır (dilatasyon) ve incelir. Bu dönem ilk gebelikte 8-24 saat, daha sonraki gebeliklerde daha kısa sürebilmektedir. Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanmasından sonra kontraksiyonların itici etkisiyle fetüs ve ekleri doğar(4,5,16,30).

2.2.2.Uterus Kasılmalarının Oluşmasında Hormonal Faktörler

Östrojenlerin progesterona oranı

Gebelik süresince progesteron hormonu uterus kontraktilesini inhibe ederek fetusun atılmasını engeller. Myometrial hücrelerde progesteronun azalmış etkisi, östrojen etkilerinin dominant hale gelmesine neden olur. Bunun yanında, östrojenler, komşu uterus düz kasları arasında yarık bağlantıların sayısını artırarak, uterus kontraksiyonlarını artırır. Her iki hormon da gebelik boyunca giderek artan oranlarda salgılanır. Ancak, yedinci aydan sonra östrojen artışı devam ederken progesteron salgısı değişmeden kalır, hatta hafifçe azalır. Bu nedenle gebeliğin sonuna doğru, östrojenin progesterona oranının artması, uterus kontraksiyonlarındaki artışın kısmen de olsa sorumlusudur. Ayrıca östrojenin düzeyinin artması hipotalamus-hipofiz düzeyinde etki yaratarak oksitosin sentezinin artmasına ve dolaşıma oksitosin salınmasına yol açar (4,5,16,30).

Oksitosinin uterusu etkisi

Oksitosin nörohipofizden salgılanan, özgül olarak uterus kasılmasına neden olan bir hormondur. Doğuma yakın dönemlerde, uterus kasılmalarında artışa yol açabilecek üç önemli neden sayılabilir: (1) Gebeliğin son birkaç ayı içinde, uterus kaslarında oksitosin reseptörleri artar. Buna bağlı olarak oksitosine duyarlılığı fazlalaşır. (2)Doğum sırasında nörohipofizden oksitosin sekresyon hızı önemli ölçüde artar. (3)Hayvan deneyleri, uterus serviksini doğumda olduğu gibi, uyarılması ve gerilmesi sonucunda, hipotalamusun paraventricüler ve supraoptik nükleuslardan nörojenik bir refleksin başlatıldığı ve arka hipofiz bezinden (nörohipofiz) oksitosin salgısının arttığını göstermiştir(30). Oksitosinin hücre membranlarındaki reseptörüne bağlanması pacemaker potansiyellerinin sıklığını attırır ve aksiyon potansiyellerinin başlaması için gerekli eşik düzeyini azaltır. Östrojen myometrial oksitosin reseptörlerinin sayılarını arttırarak myometrial kontraktileyi de arttırır. Myometriyumun oksitosin etkisine olan duyarlılığı östrojen etkisi ile gebelik boyunca değişmektedir. Bu nedenle termden önce oksitosin doğum eyleminin başlaması için bir uyarıcı görev yapmamaktadır. Ayrıca oksitosin desidua ve myometrial dokularda PGE ve PGF yapımını arttırmaktadır(4,5,16,29).

Prostaglandinlerin etkisi

Yeni yapılan çalışmalara göre prostaglandinlerin doğum eyleminin başlamasında esas rolü oynadığı dşnlmektedir. Doğum eyleminden önce ve doğum eylemi sırasında PGE₂ ve PGF_{2} düzeyleri artar. Bu durum, bağ dokusu içinde bulunan düz adale hücreleri belirli bölgelerde birbirlerine çok yaklaşarak aralarında oluşan zayıf yapıdaki köprüler olan Gap Junction oluşumlarının artmasına neden olur. Bu da kasılmayı sağlar. PGE₂ aynı zamanda serviksin olgunlaşmasını da sağlamaktadır(4,5).

Relaksinin etkisi

Primer olarak korpus luteumda yapılan ayrıca myometrium, desidua ve plasenta tarafında sentezlenebilen bir hormondur. Relaksin özellikle ilk trimestırda uterin aktiviteyi bloke etmede ve gebelik boyunca myometriumun sessiz kalmasını sağlamada progesteron ile snerjik bir görev yapmaktadır. Ayrıca oksitosin salınımını da baskılayabilmektedir. Servikal olgunlaşmayı arttırır ve Gap Junction permabilitesinin ayarlanmasına yardım eder(4,5).

2.3. Doğum Ağrısında Anksiyete ve Stres Kavramları

Anksiyete (kaygı), endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı halidir. Korku nesnel tehlikeye karşı koruyucu bir uyarılıştır, anksiyete ise bilindişi olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Bir diğer anlamda dıştan kaynaklanan bir tehlike varlığı ya da olasılığı karşısında yaşanan duygu durumudur(21,31,32,33).

Anksiyete, terleme, baş, göğüs, karın ağrıları, çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi ve mide yakınmaları, hazımsızlık biçiminde kendini gösterebileceği gibi, dikkatini yoğunlaştıramama şeklinde de gözlenebilir. Yaşanan yoğun sıkıntı, algılama, düşünme ve bellek süreçlerini de etkiler. Kişi yaşadığı sıkıntı ile delireceği korkusunu yaşar. Yoğun anksiyeteye bağlı olarak bireylerin açık seçik düşünmesi engellendiği gibi doğru kararlar alması da güçleşir. Yoğun anksiyete ile seyreden kriz durumunda, davranış düzeyinde diğerlerinden aşırı beklenti geliştirme, sosyal ortamdanda uzaklaşma, sonucunu düşünmeksizin yapılan ani (impulsif) davranışlar ve karar verme görülebilir. İmpulsif

davranışlar gelecek açısından sorunları da beraberinde getirdiğinden olumsuz bir çözüm niteliği taşır(31,34,35).

Selye'ye göre stres bedenden beklenene karşı bedenin nonspesifik yanıtıdır. Stres, yeni koşullara uyum ihtiyacını artırır, yani sorunun ne olduğuna bakılmaksızın soruna karşı uyum sağlamayı gerektirir. Çalışmaların pek çoğunda stres bireylerin iç ve dış ortamdaki olumsuz uyarılara ya da rahatsız edici olaylara bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Her kişi ömrü boyunca sistem içinde gerilim yaratan stresörlere karşı açıktır. Gerilim kişinin uyumunda bir bozukluk ya da dengesizlik yaratma potansiyeline sahiptir ve bir cevap gerektirir.

Ağrılı sendromlarda, anksiyete ve strese ilişkin bulgular sık görülmektedir ve insanın biyolojik ve psiko-sosyal dengesini bozup tükenmeye yol açabilmektedirler(1, 36,37,38).

2.3.1. Doğum Sancısının Anksiyete ve Stres İle İlişkisi

Travay sırasında, zarar görme, doğum seyri konusunda yetersiz bilgi, personel tutumu, bebek veya gebenin yaşamını yitirme gibi korkular veya kaygılar yoğunlaşmaktadır. Rahatsız bir durumda bulunmak, uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyon hastanın ağrı eşiğini düşüren faktörlerdir. Öte yandan, ağrının giderilmesi, dinlendirici bir uyku, gevşeme, sempati ve anlayış, ruhsal durumunun düzelmesi; ağrı eşiğini yükseltmektedir(8,20).

Kadınlar çocukluktan başlayarak şiddet, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılarla, ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle stresle karşı karşıya kalırlar. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete dayalı biyolojik altyapıyı ele alırken gonadal hormonların beyinde anksiyete ve duygu duruma etkilerini incelemek gerekir(8,33).

Östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu birçok deneysel ve klinik çalışmada gösterilmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların klinik düzeydeki anksiyete belirtileri hormon replasman tedavisiyle anlamlı derecede azalmıştır. Östrojenin bellek üzerine olumlu etkileri de tehlike algısında ve kaçınmada etkili olmuştur. Progesteronun da benzer etkileri olduğu gösterilmektedir, ancak insanlarda anksiyete bozukluğuna neden olduğunu kanıtlayan bir çalışma yoktur (1,8).

Anksiyete ve stres yanltarını dzenleyen bir baaka hormon da oksitosindir. Düz kaslar, doğum ve süt salgılama süreci üzerinde etkili olduğu kadar beyinde nesnelere ve deneyimleri eşleştirme, annelik davranışları, yeme, içme ve cinsel faaliyetleri de dzenlemektedir(8,32,33).

Stresin artması GnRH hormonun artmasına neden olur, bu da artan uterus kasılması ile sonuçlanmaktadır. Stres kısaca erken doğum riskini arttırabilmektedir(38).

Doğum sancısının şiddeti, gebelik dönemi kadar doğum ortamındaki değişikliklerle, doğum sırasındaki duygusal desteğin derecesi ile orantılı bir şekilde değişebilir. Psikolojik ,fizyolojik değişkenler ve klinik etmenler doğum yapan kadınların ağrı algısı için önemli belirleyicilerdir. Korku, endişe, güven, zihinsel bakımdan hazır oluş anksiyete düzeyini etkileyerek, ağrı algısı ile kadının başağıkabilme becerisini etkiler(12).

2.4. Doğum Ağrısı ile Başetme Yöntemleri

Geçmiş deneyimlerin tam olarak nasıl hatırlandığı ve bu deneyimlerin şimdiki doğum ağrısını ne kadar etkilediğini ölçmek zordur, ancak birçok anne ve baba adayı için doğum ağrısı beklenenden daha korkutucudur. Bunun yanında sağlık çalışanları doğum ağrısının yalnızca gereksiz, dayanılmaz ve can yakıcı değil aynı zamanda duygusal ve fiziksel yıkıma neden olan bir durum olduğunu bilmektedir(28).

Doğum ağrısının yarattığı bu olumsuzlukları azaltmak veya yok etmek amacıyla çeşitli yöntemler geliştirilmiştir.

Bu yöntemler ikiye ayrılmaktadır;1)İlaçların kullanıldığı farmakolojik yöntemler, 2)Nanfarmakolojik yöntem olan doğal başetme yöntemleri

2.4.1. Farmakolojik Yöntemler

Obstetrik anestezi ve analjezi ile doğum olayı sırasındaki ağrının giderilmesi amaçlanır(41). Günümüze kadar ağrıyı hafifletmek amacıyla kullanılan çeşitli analjezikler çoğunlukla geniş spekturumlu olmaları nedeniyle istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir(5,7,44). Tüm lokal anesteziğin sistemik absorpsiyonlarına bağlı istenmeyen etkileri vardır; santral sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki yapar ve meduller

seviyede solunum depresyonu, bradikardi ve hipertansiyona neden olabilir. Ayrıca kortikal veya subkortikal seviyede anksiyete, ekzitasyon (uyarılma) veya konvülsiyonlara (istem dışı şiddetli kasılma) neden olabilmektedir. Sedatif-hipnotik ilaçlar, doğumun birinci devresinde latent fazda anksiyeteyi azaltmak ve uyku hali yaratmak amacıyla kullanılmaktadır. Ancak yüksek dozda verildiğinde doğum eyleminin uzamasına neden olabilir. Narkotik analjezikler de doğumun birinci devresinde anksiyete azaltıcı olarak uygulanmaktadır, ancak bulantı-kusma, öksürük refleksinin baskılanması, intestinal staz ve doğumun erken döneminde uterin kontraksiyonların sıklık, şiddet ve süresinde azalma gibi yan etkileri vardır. Ayrıca fetusta tüm santral sinir sistemini, özellikle solunum merkezinin aktivitesini deprese eder. Buna benzer birçok fetal ve maternal yan etkiler tüm analjeziklerde bulunmaktadır ve bu ilaçları uygulayan kişinin deneyim ve bilgi düzeyi oldukça önemlidir (17, 20,44).

2.4.1.1. Sistemik Etkili Yöntemler

Doğum eylemi ağrısının giderilmesinde doğal veya daha az invazif yöntemlerden önce ilk adım sistemik narkotiklerin uygulanmasıdır. Narkotiklerin doğum sancılarını hafifletmede çok etkili olmalarına rağmen yan etkileri yüksek dozlarda kullanılmalarını engeller. Yenidoğanda solunum depresyonuna neden olurken, annede de solunum depresyonun yanı sıra bulantı, kusma, hipotansiyon, koruyucu reflekslerin azalması gibi yan etkiler sayılabilir(23, 45).

Sistemik Narkotikler

Parenteral opioidler, ağrının azaltılmasında en etkili sistemik medikasyondur. Birçok narkotik olsa da, obstetrikte sadece birkaçı kullanılır. Bunlar, *mepredin*, *morfin*, *fentanil*, *sufentanil*, *alfentanil*, *butorfenol*, *nalbupin* ve *pentazosindir*. Kullanılan hiçbir narkotik solunum depresyonu, refleks kaybı ve postural hipotansiyon oluşturmadan doğumda efektif analjezi sağlamaz. Bu nedenle narkotikler ağrıyı tamamıyla kaldırmaktan çok azaltmak için verilir. Uygun dozlarda bütün narkotikler, karşılaştırılabilir ağrı azalması sağlarlar. İlacın seçimi potansiyel yan etkilerine ve istenilen etkisinin başlama ve devam etme süresine bağlıdır(42,43,46).

İnhalasyonel Analjezi

Uterus kontraksiyonlarının güç ve sıklığını doza bağımlı olarak azaltır. Tek başına, rejyonel veya lokal anesteziye destek olarak doğumun birinci ve ikinci evresinde ağrıyı azaltmak için inhalasyon anestetiklerinin kullanılmasıdır. Bu teknikte, anne uyanık, kooperedir ve laringeal refleksler korunmuştur. Anestezik çoğunlukla bir maske veya ağızlık yolu ile anestezi tarafından veya kadının kendi kendine uygulayabileceği dozda verilebilmektedir(42,46,47).

İntravenöz Genel Anestezi

Benzodiazepinler, diazem, opyatlar, meperidin, fentanyl, morfin, butorfanol, ketamin, bütüratlar kullanım alanı geniş narkotiklerdir. Anne ve fetus açısından en iyi şekilde önceden anne ile birlikte kararlaştırılması ve doğum ve doğum sonu bakımın en iyi şekilde yapılmasını gerektiren narkotiklerdir(42,46,47).

2.4.1.2 Lokal Anestezik Teknikler

Rejyonel Bloklar

Rejyonel bloklar doğumda analjezi için en sık kullanılan tekniklerdir. Rejyonel bloklar gebenin uyanık olmasına ve doğumda yer almasına izin vererek ağrıyı azaltır. Parenteral veya inhalasyonel anestezi teknikleriyle karşılaştırıldığında rejyonel anestezide ilaca bağlı fetus depresyonu veya annenin aspirasyon pnömonisi daha az görülür. En sık kullanılan rejyonel anestezi formları *spinal, lumbar, epidural, kaudal, paraservikal, pudental* ve *lokal perineal infiltrasyondur*. Her tekniğin spesifik uygulaması vardır ve ağrı impulslarını taşıyan bazı sinirler veya hepsi bloke edilebilir (4,42,46).

Bir bloğu belirgin lokal anestetik dozlarında uygulamadan önce, intravenöz sıvı başlanmalı ve komplikasyonları tedavi etmek için bütün hazırlıklar yapılmalıdır. Bunlar, oksijen sistemi, airway, laringoskop, endotrakeal tüp, aspiratör, olası konvülsiyonları tedavi için tiyopental veya diazepam ve hipotansiyonu tedavi için efedrindir. (4,42,46).

Paraservikal Blok

Günümüzde çok nadir olarak kullanılmaktadır. Genellikle rajyonel anestezi tekniklerinin uygun olmadığı durumlarda tercih edilir. Paraservikal blok, doğum ağrısında kullanılan nispeten basit bir yöntemdir. Lokal anestezi submukozal yolla, vajinal forniksın lateralinden servikse enjekte edilir. Uterus, serviks ve üst vajinanın visseral sensorial sinir liflerini içeren Frankenhäuser Ganglionuna anestezi verilir. Ancak perinenin somatik sensorial lifleri bloke edilmez. Bu teknik sadece doğumun birinci evresinde etkilidir. Major dezavantajı bloktan sonra görülen nispeten yüksek insidanstaki fetal bradikardidir. Bu, fetal asidoz, azalmış oksijenasyon ve olası neonatal depresyona bağlıdır. Bradikardi çoğunlukla bloğun 2-4. dakika içerisinde gelişir ve 3 ile 30 dakika sürer. Bradikardi, eğer lokal anestezi artere yakın yere uygulandıysa bunun neden olduğu konstriksiyon sonucu oluşan azalmış uterin kan akımına ve fetal kandaki lokal anestezinin yüksek seviyelerine bağlıdır(4,42,46).

Pudental Blok

Diğer anestezi metotlarının uygulanmadığı ya da yetersiz olduğu durumlarda doğumun ikinci döneminde perineal anestezi, epizyotomi ve tamirini sağlamak için sıklıkla kullanılır. Uterus kontraksiyonu ve servikal dilatasyonda etkisizdir. Müdahaleli doğum, forseps ve perine laserasyonunda etkili analjezi sağlar. Fetus ve yenidoğan üzerine minimal olumsuz etkileri olduğunun bildirilmesine karşın annede yanlış intravenöz enjeksiyona bağlı sistemik toksik reaksiyonlar, lokal sinir zedelenmesi, vajinal hematom, enfeksiyon ve epinefrinli lokal anestezi enjeksiyonu sonrası ani anne ve fetus ölümü bildirilmiştir(4,42,46).

Santral Bloklar

Bu uygulamalara spinal, epidural, kaudal blok uygulamaları girmektedir. Kullanılan ilaçlar, tek başlarına lokal anestezi veya opioidler ile kombinasyonlarıdır(4,42,46).

Spinal kordun ve periferik sinirlerin nörolojik hastalıkları, anatomik veya teknik güçlük, bloğun yerleşmesine süre tanımayacak şekilde doğumun hızlı ilerlediği multiparlar, travayın erken dönemleri, koopere olmayan olgular, kontrol altına alınmamış preeklampsi ve eklampsiler hipovolemi sağdan sola şanlı kardiyak patolojisi olan gebeler göreceli kontrendikasyonları oluşturmaktadır(4,42,46).

Hastanın bölgesel analjeziği reddetmesi, bölgesel analjezinin kontraendike olduğu bir durum varlığı veya fetal distres, kordon sarkması, omuz distosisi veya maternal hemoraji nedeniyle doğumun çabuklaştırılmasının gerektiği hallerde genel anestezi uygulanır.Genel anestezi sadece uterin relaksasyon amacıyla uygulanıyorsa oksijen ile birlikte halojenli bir ajan verilmelidir. Gebede paralizi olduğunda halojenli ajanlarla doz aşımı olmasın diye dikkatli olunmalıdır. Doğumdan hemen sonra bu ajanlar kesilmeli, gebe oksijen ile hiperventile edilmeli ve i.v. oksitosin infüzyonu uygulanmalıdır. Aşırı uterin kanama olağan değildir(4,42,46).

2.4.2. Nonfarmakolojik (Doğal) Yöntemler

Gevşeme Teknikleri

Doğumda ağrıyı hafifletme yöntemlerinden gevşeme tekniği, ilk olarak 1933 yılında Dick-Read tarafından gündeme getirilmiştir. Read 1942 yılında ağrı-korku-gerilim kısır döngüsü konusuna değinmiştir. Read'e göre kadınlar, doğumun ağrılı ve korkulacak bir olay olduğu önyargısına sahiptirler. Bu korku, uterus kontraksiyonları sırasında "savaş ve kaç" cevabını uyandırmaktadır. Ayrıca Read, uterusun alt kısmının ve serviksin sirküler liflerinin sempatik inervasyona (uyarılma) sahip olduğunu, korku ve anksiyetenin bu lifleri uyarması sonucu servikal dilatasyonun durduğunu ileri sürmüştür. Uterusun üst segmentinde bulunan longitudinal lifler kasılmaya devam ederken servikste ki sirküler lifler gevşer. Bu iki kas grubu birbirine zıt şekilde çalışır ve bu durum da aşırı gerginliğe yol açarak gerçek bir "ağrı" ile sonuçlanır. Böylece doğal bir fonksiyon, şiddetli derecede ağrılı ve anormal bir durum olarak algılanacaktır. Read bu durumun, doğum hakkında doğru bilgilendirme ve fiziksel gevşeme ile aşılabileceğini savunmuştur (4,11).

Mitchell'in fizyolojik gevşeme yöntemi, 1963 yılından beri geniş ölçüde kullanılmaktadır. Doğumun birinci evresinde gevşemenin amacı enerji depolamak ve bu

enerjinin aktif olan ikinci evrede kullanılmasını sağlamaktır. Ayrıca Kitzinger de, 1987'de dokunma yolu ile gevşeme tekniğini geliştirmiştir(4).

Hastanın veya gebenin destekle ayakta durması veya oturur en rahat pozisyonu alması da gevşemeyi sağlamada etkilidir(4). Doğumun birinci devresindeki kontraksiyonlar uterusun anteversiyonuna (uterusun öne doğru eğilmesi) neden olur. Uterusun bu pozisyonu aslında ağrıyı azaltan doğal ve fizyolojik bir olaydır. Bu dönemde sırtüstü yatış pozisyonları yerine uterus anteversiyonunu kolaylaştıran gevşeme tekniklerinden öne yaslanma, destekli oturma ve yan yatış pozisyonları kullanılabilir. Şiddetli bel ağrısı olan kadınlar, bebeğin ağırlığını kolumna vertebralisten alıp öne aktaran pozisyonlarda rahatlayabilir. Gevşeme tekniğinde duruş pozisyonlarının sık sık değiştirilmesi, ağrının hafifletilmesini sağlayacak duruşun bulunması ve uterin aktiviteyi kolaylaştırması yönünden yararlı olduğu savunulmaktadır (4,11,48).

İlk evrede rahatlatıcı duruşlardan dik duruş(masa ya da bir yataktan destek alarak ayakta durmak), eğilerek oturma (sandalyeye ters oturarak), öne doğru diz çökme (bacaklarımız ayrı olacak şekilde diz çöküp yastıklara yaslanarak kasılma sırasında bir yana dönerek oturma), emekleme konumu (yatak üzerinde emekleme konumunda kalçayı öne-arkaya doğru hareket ettirme, sırtı dik tutma ve kasılma sırasında başı kollar arasına alarak dinleme) pozisyonları denenerek, gebenin seçeceği gevşeme pozisyonu en uygun pozisyonudur(4).

Solunum Teknikleri

Doğumda bir diğer doğal ağrı hafifletici yöntem olan solunum teknikleri 1942 yılında Dick Read, 1959'da Karmel (lamaze), 1978'de Hassid ve 1985'te Willams ile Booth tarafından çeşitli şekillerde geliştirilmiştir. Solunum frekansı ve derinliği genellikle fiziksel aktiviteye göre otomatik olarak ayarlanır. Doğumda yapılan bilinçsiz solunum şekli sonucu karbondioksit seviyesine duyarlı olan solunum merkezi uyarılır ve kanda yükselen karbondioksit düzeyi tolere edilemeyen düzeye geldiğinde hiperventilasyon gelişir. İstemli ve istemsiz hiperventilasyon sonucu hipokapni meydana gelir. Düşük karbondioksit seviyeleri solunum alkolozuna neden olarak kalsiyum iyonizasyonunu düşürür ve sinir iletimini etkiler. Hiperventilasyonun

belirtileri; serebral hipoksi sonucu meydana gelen baş dönmesi, sersemlik, bilinç kaybı, dudaklar ve ekstremitelerde uyuşma, kas spazmı, morarma, terleme, sıkıntı hissi ve paniktir. Doğum sırasında meydana gelen hiperventilasyon fetüsü etkilemez ancak hiperventilasyon periyodlarını izleyen maternal apne, fetal distrese neden olabilir (9,11). Bu nedenle kullanılan solunum teknikleriyle annenin dikkatinin farklı noktalara yöneltilerek ağrı eşiğinin yükseltilmesi, gevşemesinin kolaylaştırılması ve utero-plasental dolaşımın rahatlatılması amaçlanır.

1985'te Willams ile Booth tarafından geliştirilen solunum egzersizleri üç aşamada uygulanmakta olup hızı ve frekansı buna göre değişmektedir. Bu aşamalar;

1- Doğumun birinci evresinde kullanılan solunum tekniği (yavaş-göğüs solunumu):

Latent ve aktif fazda, anne gereksinim duyduğu anda yavaş göğüs solunumu kullanır. Kontraksiyonun başladığı anda burundan derin bir soluk alınıp ağızdan boşaltılır. Bundan sonra kontraksiyon süresince normal derinlikle sakin göğüs solunumu yapılır. Soluk ağızdan alınıp burundan verilir. Bu solunumun hızı ve derinliği dinlenme düzeyinde yapılan solunuma (dakikada 12 kez soluk alıp verme) denktir. Bu devrenin sonuna doğru solunum ritmi biraz artırılabilir. Kontraksiyon bittiğinde tekrar derin bir soluk alınıp verilir(4).

2- Geçiş fazında kullanılan solunum tekniği (solu-üfle solunumu):

Serviksin tam dilate olduğu bu dönemde kontraksiyonlar oldukça yoğun ve ağrılıdır. Bu fazda daha hızlı ve yüzeysel bir solunum kullanılır. Kontraksiyon başladığı anda burundan alınıp ağızdan verilen derin bir solunum yapılır, daha sonra ağızdan sığ ve kısa kısa soluk alınıp verilir. Üç kez bu şekilde soluduktan sonra dördüncü soluk mum üfler gibi boşaltılır. Solu-üfle-solu-üfle şeklindeki teknik kontraksiyon bitene kadar sürdürülür. Kontraksiyon bittiğinde tekrar burundan derin bir soluk alınıp ağızdan boşaltılır(4,11,44,49).

3- İkinci evrede kullanılan solunum ve ıkınma tekniği:

Doğumun ikinci evresi en fazla çaba gerektiren evre olup, pelvis tabanındaki kasılmalar ıkınma hissi (Ferguson refleksi) olarak algılanır. Gebenin bu evrede uygulayacağı itme kuvveti ile doğum gerçekleşmektedir(8). Kontraksiyon başladığında iki kez derin soluk alınıp verilir, üçüncü soluk hızla ağızdan alınıp tutulur. Soluk tutarken anneden ıkınması istenir, kendini rahat hissettiği sürece ıkınır. Daha sonra hızla soluk boşaltıp tekrar alarak ıkınır. Kontraksiyon bittiğinde derin bir solunum yapar.

Kontraksiyon aralarında anne mümkün olduğu kadar gevşeyip dinlenmelidir. İkinmalar sırasında uzun süre soluğu tutmak ve kuvvetle ıkmak bazen fetal hipoksiye neden olabilmektedir. Doğum sırasında bazen kuvvetli ıknma yerine hafif bir ıknma gerekebilir. Bu durumda tam soluk tutmak yerine “sss” veya “mmm” sesi ile soluk boşaltılır. İknma sırasında alt ekstremiteler ve özellikle pelvik taban gevşetilmelidir. Böylece doğum için gerekli olan itme gücü solunumla desteklenmiş olur. İkinci evrenin süresi kısılacağından anne tükenmesi de önleniği gibi doğum anne kontrolünde gerçekleşmesi sağlanır(4,25,50).

Dokunma Terapisi

Doğal ağrı hafifletici yöntemlerden biri de dokunmadır. En gelişmiş duyu organı olarak ellere tarih boyunca psikolojik ve mekanik etkilerinden faydalanmak üzere başvurulmuş ve böylelikle tedavi tekniğinin gelişmesine zemin hazırlamıştır(51). Doğum eyleminde stresli bir ortamda bulunan gebeler duygularını her zaman sözlü olarak ifade edemeyebilirler. Bu durumda iletişimin çeşitlerinden biri olan sözsüz iletişim, gebenin düşünce ve duygularını ifade etmesine yardımcı olabilir(6,11). Ebe veya hemşire, dokunma ile hastasına ve onun bakımına önem verdiğini, yardım etmek istediğini hissettirir. Böylece gebede ebeye veya hemşireye karşı bir güven ve sevgi oluşur (6,22).

Dokunma yöntemi, doğum sırasında gebenin pozisyonunun desteklenmesi, kontraksiyonların uyarılması ve ağrıyı hafifletmek için sıklıkla kullanılmıştır. Bu yöntem; özellikle doğuma yardımcı personelin, doğum eyleminde olan gebenin sırt, karnı, uyluk, kalça ve perine gibi bölgelerine basınç uygulayarak ağrıyı hafifletmesi esasına dayanmaktadır. Yapılan çalışmalar dokunmanın gebeye olan iletişimi arttırdığı, güven sağladığı ve anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Dokunma yöntemi sayesinde doğum ağrısı için kullanılan medikal yöntemlere ihtiyaç azalabilmektedir(11).

Masaj ve Aromaterapi

Masaj doğum sırasında kullanılan eski bir tekniktir. Uygun masaj teknikleri ağrıyı hafifletmede yardımcı olabilmektedir. Masaj, ağrı impulslarının tek fiberli iletimini endorfinlerin lokal salınımı yolu ile ağrının beyine iletimini engeller. Aromaterapi ise güzel kokulu yağlarla yapılan masaj yöntemidir ve masajın etkinliğini arttırarak deride uzun süre rahatlama hissi yaratır(11,17).

Masajdan gelen basınç ağrılı uyarının sürecini durdurur. Bunun nedeni basıncın lifler tarafından ağrıya göre beyne daha çabuk iletilmesidir. Masajın yararları kısaca ağrının şiddetini azaltır, kas spazmını gevşetir, fiziksel aktiviteyi arttırır, dikkati başka yöne çeker, genel rahatlama sağlar(17).

Akupunktur

Alternatif medikal tedavi şekillerinden en eski olanıdır. Vücutta anotamik belli noktaların uyarılması esasına göre yapılmaktadır. Uyarının yapıldığı noktalarda bazı nörotransmitterlerin salınımına neden olarak büyük myelinli sinir liflerini uyardığı ve ağrı uyarısını ileten küçük sinir liflerini bloke ettiği düşünülmektedir, ancak ağrıyı hafifletme mekanizması tam olarak aydınlatılamamıştır. Ağrı düzeylerini belirgin biçimde düşürdüğü ve doğum eyleminin birinci evresini kısalttığı öne sürülmüştür. Çin'de ve Uzak Doğu'da yıllardır ağrı hafifletme tekniği olarak kullanılmasına karşın batıda henüz bu kadar kullanılmamaktadır(11, 45,49).

Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)

Deri uyarımı terapotik değil, ağrıyı gidermek için palyatif amaçlı yapılır. Deri üzerine yerleştirilen elektrotlar yoluyla sinir sistemine kontrollü düşük voltajlı elektriksel uyarı uygulama yöntemidir. Ağrılı bölgeye veya bu bölgenin etrafına, ekstremitelere veya ağrılı bölgeyi innerve eden sinir trasesine uygulanır. Bel ağrılarında, abdominal ve suprapubik ağrılara göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Genellikle doğum eyleminin birinci fazında kullanımının daha efektif olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Gentz ve ark., yaptıkları bir çalışmada gebelerin %44' ünde TENS'in komplikasyonsuz ağrıyı hafiflettiği gözlenmiştir(11,23,45,49).

Dikkati Başka Yöne Çekme, Hayal Kurma

Doğum ağrısı kadında korkunun başlangıcıdır ve doğum olayına odaklanma nedenidir. Dikkati başka bir yöne çekme dikkatin ağrı dışında başka bir uyaranda odaklaştırılmasıdır. Düşleme ise kişinin ağrı duyusunu algılamada değişiklik yapabilmesidir. Ağrıyı tümüyle yok etmez sadece ağrıyı daha dayanılır kılar. Aynı zamanda hastada kendini kontrol duygusunu geliştirir(11,23,34,45).

En çok kullanılan dikkati başka yöne çekme yöntemlerden biri de solunum egzersizidir. Solunum egzersizi kullanıldığında gevşeme ve dikkati başka yöne çekmenin etkisi birleşmektedir.

Bazı dezavantajları vardır, yorucu bir yöntemdir. Bu yüzden 2 saatten fazla kullanılmamalıdır. Enerji ve konsantrasyon gerektirmesi ağrının geri gelmesine, irrabiliteye ve bitiminde de halsizliğe neden olabilmektedir(11,23,45).

2.5. Doğum Ağrısı ile Başetmede Ebenin Rolü

Anne ve bebeğin güvenliğini sağlamanın ve doğuma yardımın yanında ebelerin en önemli sorumluluklarından biri de doğum ağrısını azaltmaktır. Ebeler doğum öncesi travma yaşamış kadınları saptayıp kişisel bakım sağlar ve onları doğum boyunca desteklediği ölçüde doğum sırasında zarar gören kadın sayısını azaltabilmektedir. Ayrıca ağrının travmatik yönlerini belirleyerek ve kadınların ruhsal sağlık düzeyini yükselterek iyi durumda olmasını sağlayabilir(20,28,52).

Doğum sırasında kadın duygusal yönden iyi hissettirilmeyi, profesyonel gözlem altında olmayı, kaliteli bakım almayı, ebeler ve yakınları tarafından kendisine sevgi ve saygı duyulmasını ister.

Carbelt ve Callister (2000) ebe / hemşirelerin daha çok diyalog halinde olmaları nedeniyle doğum bekleyen çiftlerin memnuniyetini artıracak kişiler olduğunu ileri sürmektedir. Ebe/hemşireler yalnızca doğumun sonuçlarını etkilemez, ayrıca kadının doğum boyunca duygusal engellerle başa çıkabilme yeteneğini artırmak konusunda hayati önem taşımaktadır(52).

Ebelerin /hemşirelerin sağladığı üç tip sosyal destek tanımlanmaktadır; 1)Somut destek 2) Duygusal destek 3) Bilgilendirme desteği

Her desteğin yüksek seviyede pozitif etki yaratacağı düşünülmektedir. Somut destekte ebe/hemşire direk bakım veren kişi olarak doğum sürecinde gerekli olan aktiviteleri içeren bir destek sağlar. Bunlar, ilaç desteği, kan değerlerini ölçmek olarak sayılabilir Duygusal destek ise hislere dayalıdır. Güçlü hasta ebe/hemşire ilişkileri ancak ebe/hemşire empati becerisini kullandığında ve bu empatinin yarattığı pozitif düşünceleri yansıttığında gelişir: örneğin hastaya ve ailesine gösterilen özen, dürüstlük, güvende olduğu hissi yaratmak ve kendine güveni arttırmak. Bilgilendirme desteği ebe/hemşirenin önemli, doğru zamanlı ve kesin bilgiler verme yeteneği ile ilgilidir. Örneğin doğum eyleminin gelişimi hakkında sürekli bilgilendirme, hastanenin rutinlerini açıklama, sorular sorulması ve bunların yanıtlanmasını içermektedir(52).

Ağrısı olan gebe beden bütünlüğünü kaybetme, yalnızlık, bağımlı hale gelme, ölüm korkusu duygularını yoğun olarak yaşayabileceği için tükenmiş, gergin, endişeli veya öfkeli olabilir. Ağrısı olan hastanın anlaşılmaya ve desteğe ihtiyacı vardır. Çünkü endişe ve korku ağrı düzeyini arttırabilmektedir. Ağrı tedavisine geçmeden önce bireyin ağrı düzeyinin ebe tarafından bilinmesi gerekmektedir. Ağrı ve anksiyete değerlendirilmesinde ebe'nin kullanacağı formlar ve skalalar bulunmaktadır. Ağrı değerlendirme formlarında;

- Gebeyi tanıttıcı bilgiler
- Ağrının yeri
- Ağrının başlama zamanı ve süresi
- Ağrı düzeyi
- Ağrıyı azaltmada gebenin önerdiği etkin yöntem
- Ağrıyı arttırabilecek etkenler vb. bilgiler yerelmalıdır(2,4,23,69).

Ağrı değerlendirme skalası, bir taraftan ağrı şiddetinin sayısal olarak değerlendirilmesini, diğer taraftan da gebeye ağrı deneyimini ifade etme olanağı sağlar. Gebenin skala ile sayısal yada kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti olabildiğince objektif bir şekilde çevrilmektedir. Ağrı şiddetini değerlendirmede en çok kullanılan skalalar; sayısal skala, vizüel analog skala, kategori skalası vb(2,4,23).

Hangi skala kullanılırsa kullanılsın unutulmaması gereken doğum boyunca aynı gebeye aynı skalanın kullanılması gerektiğidir (23).

Doğumun latent fazında kullanılan formlar ve skalalarla elde edilen bilgiler doğrultusunda ebenin uygulamaları;

- Ağrının doğumda önemi ve ağrının süresindeki değişim konusunda anne bilgilendirilir,
- Ağrıyı hafifletici yöntemler (solunum ve gevşeme teknikleri vb.) hakkında anneye bilgi verilir,
- Gebenin dikkatini, ağrıdan başka yöne çekmek için öğretilen yöntemleri uygulamaya teşvik edilir,
- Merak ettiklerini sorabilmesi için gebe desteklenir,
- Gebenin gevşemesi için en uygun pozisyonu seçmesi sağlanır,
- Pozisyonu sürekli değiştirebileceğini ve ağrı aralarında dinlenmesi gerektiği söylenir,
- Latent fazın başından itibaren eylem boyunca yalnız bırakılmayarak gebenin korkularını ifade etmesi sağlanır,
- Doğum eyleminin seyri, ağrı başlangıç zamanı ve süresi kaydedilir(2,4,23).

Doğumun aktif fazında ebenin uygulamaları;

- Gebe, ağrı hafifletme yöntemlerini uygulaması için desteklenir,
- Ağrı düzeyinin neden arttığına yönelik bilgi verilir,
- Doğum eyleminin seyri, ağrı başlangıç zamanı ve süresi kaydedilir,
- Ateş, nabız, solunum ve tansiyon takibi yapılarak kaydedilir,
- Gebe fiziksel ihtiyaçlarını (idrar yapma, terini silme vb.) giderebilmesi için desteklenir,
- Sırtına ve ayaklarına masaj yapılabilir,
- Gebenin kuruyan dudakları ıslatılır,
- Gebenin yalnız kalmayacağı konusunda güveni kazanılır ve mahremiyeti korunur(2,4,23).

Doğumun geçiş fazında;

- Ağrı aralarında gebenin dinlenmesi sağlanır,
- Gebe, ağrı sırasında solunum tekniğini uygulaması için desteklenir.

- Gebe ayakta ise ebeden, duvardan veya yatak ucundan destek alması sağlanabilir,
- Gebenin ihtiyacı olan bilgileri sorabilmesi için desteklenir,
- Fiziksel ihtiyaçları (dudakların ıslatılması, idrar yapma, terini silme vb.) saptanarak giderilir,
- Aktif fazdaki tüm uygulamalar bu fazda da sürdürülür,
- Mahremiyete özen gösterilir(2,4,23).

Ekspulsiyon döneminde;

En fazla çaba gerektiren evre olup, pelvis tabanındaki kasılmalar ıkınma hissi (Ferguson refleksi) olarak algılanır. Bu dönemde gebeye kontraksiyon başladığında solunum tekniğinin uygulanması için desteklenir(2,4).

Kontraksiyon aralarında annenin dinlenmesi sağlanır. Annenin eli tutularak yalnız olmadığı hissi uyandırılır ve ıkınması için desteklenir. Doğum sonunda (plasenta doğumu beklenmeden) bebeğin anneye temas etmesi sağlanmalıdır. Böylece bebeğin anne kokusunu tanıması ve emzirme için göğüs ucu ilk sütle ıslatılarak bebeğin emmesi için gereken refleks uyarılmış olur. Emzirme sırasında bebeğin uygun tutulması ve annenin bebeği okşamasının sağlanması; anne-bebek iletişimi ve daha sonraki emzirmeler için güçlü bir köprü kurulmasını sağlanacaktır(2,4).

Doğum sonu perine onarımı sırasında anne desteklenir, perine bakımı verilir ve yakın gözlem için bekletildiği doğum masasında fiziksel olarak rahatlatılır (ayakları uzatılır, ısı kaybını önlemek ve mahremiyetini korumak amacıyla üzeri örtülür)(2,4,25).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

Araştırma, doğum yapan annelere travayda uygulanan ağrıyla doğal başetme yöntemlerinden gevşeme, solunum egzersizi ve dokunmanın ağrı anksiyetesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Şekli

Araştırma, hastanede doğum yapan annelere travay sırasında uygulanan ağrıyla doğal başetme yöntemlerinden gevşeme, solunum egzersizi ve dokunmanın durumluk kaygı düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, uygulama koşullarının uygun olması nedeniyle Mersin İli Belediye sınırları içinde bulunan Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi'nin doğum salonunda yapılmıştır.

Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi 65 yataklı olup, gebe, jinekoloji, aile planlaması poliklinikleri, jinekoloji ve doğum sonu servisleri, doğum salonu, riskli yenidoğan ünitesi, jinekolojik müdahale odası ve ameliyathane ünitelerinden oluşmaktadır. Doğumevinde 80 ebe/hemşire 20 kadın doğum uzmanı ve 15 yardımcı personel görev yapmaktadır. Doğum salonu 6 yataklı bir travay odası ve 3 doğum masası bulunan bir doğum odasından oluşmaktadır. Doğum salonunda toplam 16 ebe hizmet vermekte olup 08.00-16.00 ve 16.00- 08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde görev yapmaktadırlar. Ayrıca ebelerin eğitim düzeyine bakıldığında 10 ebe sağlık meslek lisesi mezunu iken 6 ebe önlisan mezunudur. Doğum salonunda ebeler gebelerin izlemi ve normal doğum eylemini yönetmekle görevlidirler.

3.4 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Mersin Devlet Hastanesi Doğumevinde Ekim 2002 tarihinden itibaren bir yıl içinde normal yenidoğanla sonuçlanan normal doğum yapmış gebeler oluşturmuştur. Mersin Devlet Hastanesi Doğumevi'nde 2002 yılı hastane kayıtlarına göre 2589 normal ve müdahaleli vajinal doğum gerçekleştirilmiştir.

3.5 Örneklem Seçimi

Bir yıllık süre içerisinde (01.10.2002-01.11.2003), doğum kliniğine doğum için yatırılan, araştırma sınırlılıkları içinde olan toplam 61 gebe araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Verilerin toplanması aşamasında 5, uygulanması aşamasında ise 3 gebenin araştırmaya katılmayı reddetmesi, uygulama aşamasında 3 gebenin acil veya istemli sezaryene alınmasından dolayı araştırma 50 denekle sürdürülmüştür.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Okuma-yazması olan, birinci gebelik (apgar skoru 7 ve üzeri olan sağlıklı bebekle sonuçlanan normal doğumlar) veya ikinci gebeliği (şimdiki gebelik dışında düşük, ölü doğum veya bir normal yenidoğanlı -solunum, kalp vb defektli olmayan-normal doğum yapmış)olan, vajinal muayenede servikal açıklığı 2-3 cm olan ve ağrı skalasında 1-2-3 düzeylerini işaretleyen tüm gebeler araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Ağrı skalası, gebenin verilen eğitimi algılama güçlüğü çekmesine neden olacak ağrı düzeyini değerlendirmek ve araştırma kapsamına alınmaya uygun olduğunu değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır.

Araştırmaya normal gebelik dönemi ile normal doğum süreci sonucunda normal yenidoğanla sonuçlanabilen gebeler dahil edilmiştir. Araştırmanın seyrini olumlu veya olumsuz etkileyebileceği düşüncesi ile annenin önceden var olan anomali bebek hikayesi, annenin herhangi bir sistemik veya sürekli tedavi gerektiren hastalığı, şimdiki gebelik döneminde yapılmış olan değerlendirmeler sonucu riskli gebelik ve bunun sonucu doğum eyleminde distosi riski olabilecek gebelerin araştırmaya alınmaması planlanmıştır.

Ayrıca hafta içinde Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin doğum salonunda uygulamada olmalarının gebelerin kaygı düzeyini etkileyeceği düşünülerek araştırmaya Cumartesi, Pazar günleri doğum yapan gebeler alınmıştır.

3.7. Verilerin Toplaması

3.7.1 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla;

1) Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu,

2) Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş olan Durumluk Kaygı Envanteri,

3) Doğum ağrı düzeyini ölçmek için Yüz İfadelerini Derecelendirme Skalası (Wong/Baker Ağrı Skalası) kullanılmıştır.

Anket formu 1-3. sorular gebelerin yaş, eğitim, sağlık güvencesi gibi sosyodemografik özelliklerini, 3-14. sorular ağrı hafifletici yöntemlerinin uygulama sonuçlarını etkileyeceği düşünülen; ağrı deneyimi olarak dismenore şikayeti, dismenoreyi ifade etme ve dismenore ile başetme yöntemleri, gebelik sayısı, önceki doğumunu yaptığı yer, düşük veya ölü doğum hikayesi, şimdiki gebeliği isteme, doğum konusunda alınan bilgi ve hastaneye gelirken yaşanan duyguları belirleyecek şekilde hazırlanmıştır.

Spielberger'in Durumluk ve Sürekli Anksiyete Envanteri durumluk ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan ve her biri 20'şer madde içeren iki ölçekten oluşur. Her madde kişinin kendini değerlendirmesi amacıyla geliştirilen kısa ifadelerden meydana gelmiştir. Spielberger (1970) kuramına göre anksiyete, gerçek bir tehlike yada bir tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşmaktadır ve bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı ya da bireysel farkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir. Spielberger bu tanıma uygun bir şekilde, kişinin anksiyete tipini ve düzeyini saptamaya çalışmıştır. Bu amaçla "Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği" adı altında, kişinin kendini değerlendirmesi için bir anket geliştirilmiştir. Anket 1976'da Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Bu araştırmada kullanılacak olan “Durumluk Anksiyete Ölçeği” bireyin içinde bulunduğu durumda kendini nasıl hissettiğini ortaya koyar. Birey ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygusunun şiddetine göre; (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Oldukça, (4) Tamamen gibi seçeneklerden birini işaretler.

Ölçek 20 ifadeden oluştuğundan ölçekten elde edilen toplam puan değerı 20 ile 80 arasında değişebilir. Ölçekte kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine uygun biçimde; 0-19 puan “yok” , 20-39 puan “hafif” , 40-59 puan “orta” , 60-79 puan “ağır”, 80 puan ise çok şiddetli olarak değerlendirilir.

Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder. Türkçeleştirilmiş ölçeklerin iç-tutarlılığı (madde homojenliği) ve güvenirliliği Kuder Richardson, “Item Remainder” korelasyonları ve test tekrar-test tekniğiyle saptanmıştır.(63,64)

Ağrı skalasında ağrısı olan bireylerin yüz ifadesine göre sayısal değerler verilmekte ve bu değerlere göre ağrı düzeyi puanlanmaktadır. 6 tane yüz şekline verilen değerler 0-5 aralığındadır. 0; Ağrısı yok, 1; Biraz ağrısı var, 2; Biraz daha fazla ağrısı var, 3; Ağrısı daha fazla, 4; Oldukça fazla ağrısı var, 5; Tahmin edebileceğin en yüksek ağrıya sahip şeklinde kodlanmıştır.(67)

3.7.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma üç aşamada geçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada ilk ve ikinci gebeliği olan, latent fazdaki gebeler belirlendi. Bu fazda servikal aılık 2-3cm ve kontraksiyonlar 10 ile 20 dakikada bir gelmektedir. Belirlenen gebelere ağrı skalası uygulandı. Ağrı skalasına göre 0,1 veya 2 düzeyinde ağrısı olan gebelerin kasılma aralarında anket formunu ve durumluk kaygı envanterini kendilerinin uygulaması sağlandı. Anket ve ölçek uygulaması verilen aralar ile birlikte 15-25 dakika sürmüştür.

İkinci aşamada latent fazda kasılma aralarında gebeye gevşeme, solunum ve dokunma teknikleri anlatıldı. Bu teknikler doğumun tüm evrelerinde kasılma olduğunda gebeye birlikte uygulandı. Ağrı hafifletici yöntemlerin içeriği aynı kalacak şekilde, sırası ve sayısı gebenin tercihine göre uygulandı.

Ağrı hafifletici yöntemlerin uygulaması doğum eylemi boyunca aşağıdaki şekilde sürdürüldü:

Latent faz; Anket ve durumluk kaygı ölçeği uygulaması tamamlandıktan sonra gebeye kontraksiyon aralarında travay odasında eğitim verildi.

Eğitim konuları; doğum eylemi-evreleri, kasılmaların nedeni-önemi-özelliği, doğum olayında kasılmanın yeri, kasılmalar ile başetmede yapılan yanlışların düzeltilmesi (kendini sıkma, solunumu tutma gibi), gevşeme teknikleri (pozisyonun önemi ve dinlenmenin önemi), solunum teknikleri, doğumda gebeye düşen görevler ve diğer merak ettiği konulardan oluşmuştur.

Verilen eğitim aralarında kasılma geldikçe gebenin almış olduğu eğitim doğrultusunda gevşeme pozisyonun ve solunumun uygulamasında gebeye eşlik edildi. Uygulama sırasında gebenin yanlış uygulamaları düzeltildi. Eğitime ara verildi ise gebenin izni alınarak eğitime kalınan yerden devam edildi.

Aktif faz; Bu fazda dilatasyon 4-8 cm arasındadır ve kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelmektedir. Bu aşamada gebe aldığı eğitim doğrultusunda solunum tekniğini uyguladı. Bu tekniğinin uygulanması için gebeye sırasıyla;

- Kontraksiyonun başladığı anda burundan derin bir soluk alıp ağızdan vermesi,
- Bundan sonra kontraksiyon süresince normal derinlikle sakin göğüs solunumu yapması.
- Ağızdan soluk alıp, burundan vermesi (dakikada 12 kez soluk alıp verme).
- Kontraksiyon bittiğinde tekrar derin bir soluk alması söylendi.

Ayrıca verilen bilgiler doğrultusunda gebenin kasılma sırasında tekniği uygulaması için desteklendi.

Kasılma sırasında ve aralarında gebenin pozisyonu değiştirildi. Böylece dikkati başka yöne çekildiği gibi dinlenmesini sağlayacağı pozisyonla gevşemesi sağlandı. Özellikle kasılma sırasında annenin ıkınmaması veya soluğunu tutarak kendini kasmaması gerektiği konusunda bilgi verildi. Ayrıca kasılma aralarını gezerek, yatağında oturarak veya yatarak kendi seçimi doğrultusunda dinlenerek geçirmesi, enerjisini doğru kullanması sağlandı. Bu sırada gebenin uygulamaları doğru yapıp yapmadığı da araştırmacı tarafından kontrol edildi.

Geçiş fazı; Bu fazda dilatasyon 8-10cm arasında, kontraksiyonlar dakikada bir gelmektedir. Ağrılara olan dikkati başka yöne çekmek için solunum sıklığı kasılma

sıklığı ve şiddeti doğrultusunda arttırılır. Uygulamada gebeye kontraksiyonu başladığı anda;

-Burundan alınıp ağızdan verilen derin bir soluk alması,

-Daha sonra ağızdan sığ ve kısa kısa soluk alınıp vermesi,

-Üç kez bu şekilde soluduktan sonra dördüncü soluk mum üfler gibi boşaltması,

-Solu-üfle-solu-üfle şeklindeki teknik kontraksiyon bitene kadar sürdürmesi,

-Kontraksiyon bittiğinde tekrar burundan derin bir soluk alınıp ağızdan boşaltması söylendi. Daha sonra araştırmacı tarafından gebeye birlikte bu teknik kasılma sırasında uygulandı.

Bu sırada gebenin gevşeme tekniklerinden ön tarafta bir destek olarak çömelme, öne doğru diz çökme (bacaklar ayırık olacak şekilde diz çöküp yastıklara yaslanarak kasılma sırasında bir yana dönerek oturma), emekleme konumu (yatak üzerinde emekleme konumunda kalçayı öne-arkaya doğru hareket ettirme, sırtı dik tutma ve kasılma sırasında başı kollar arasına alarak dinleme) pozisyonları denenerek, gebenin seçeceği gevşeme pozisyonu almasında destek olundu. Gebenin araştırmacıdan destek olarak ayakta durmasına yardımcı olundu. Gebeler daha çok öne doğru çömelme ve araştırmacıdan destek olarak ayakta durma pozisyonlarını tercih etmişlerdir.

Bu fazda da dokunma yöntemi, gebenin gevşemesini sağladığı gibi araştırmacıya olan güven duygusunu arttırmaya yönelik sözsüz iletişim tekniği olarak kullanılmıştır.

Ekspulsiyon dönemi (ikinci evre);

Dilatasyon 10cm ve doğumun ikinci evresi en fazla çaba gerektiren evre olup, pelvis tabanındaki kasılmalar ıkmama hissi (Ferguson refleksi) olarak algılanır. Bu dönemde gebeye kontraksiyon başladığında;

-İki kez derin soluk alınıp vermesi,

-Üçüncü soluk hızla ağızdan alınıp tutması,

-Soluk tutarken anneden ıkmaması istendi, kendini rahat hissettiği sürece ıkmaması,

-Daha sonra hızla soluk boşaltıp tekrar alarak ıkmaması,

-Kontraksiyon bittiğinde derin bir solunum yaptırması söylendi.

Kontraksiyon aralarında anne mümkün olduğu kadar gevşeyip dinlenmesi sağlandı. Annenin eli tutularak ona yalnız olmadığı hissi uyandırılarak ıkınması için desteklendi. Doğum sonunda (plasenta doğumu beklenmeden) bebeğin anneye temas etmesi sağlandı.

Üçüncü aşamada doğum eyleminin üçüncü evresinin bitiminde araştırmanın durumluk kaygı envanteri tekrar uygulanmıştır.

Girişimlerin uygulaması ve verilerin toplanması gebelerin doğum süresine göre ortalama 7-15 saat sürmüştür.

3.7.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayarda uygun istatistiksel yöntemlerle S.P.S.S. programında değerlendirildi. Çalışmaya ait verilerin sıklığı için yüzdeler dağılım tabloları oluşturuldu. Çalışmanın başındaki ve sonundaki anksiyete puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan Eş yapma – t testi sonucunda farklılığa etkisi olabileceği düşünülen faktörler için de Tekrarlanan Ölçümlü Deneme Düzenleri kullanıldı.

4. BULGULAR

Çizelge 1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

n:50

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Yaş		
17-22	27	54
23-28	17	34
29-34	6	12
Eğitim düzeyi		
İlkokul	37	74
Lise	9	18
Üniversite	4	8
Sağlık güvencesi		
Olan	27	54
Olmayan	23	46
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	29	58
İkinci gebelik	21	42
Gebeliği isteme durumu		
İsteyenler	47	94
İstemeyenler	3	6
Önceki doğumunu yaptığı yer*		
Evde	3	14.3
Özel klinikte	2	9.5
Hastanede	16	76.2
Düşük veya ölü doğum*		
Evet	5	23.8
Hayır	16	76.2
Bilgi alma durumu		
Evet	14	28
Hayır	36	72
Bilgi alınan kişi**		
Ebe veya Hemşire	6	42,9
Doktor	8	57.1
Gebelik öncesi dismenore varlığı		
Evet	39	78
Hayır	11	22

* n, ilk gebelik sayısına bağlı olarak farklılık göstermiştir.

** n, gebelerin doğum öncesi bilgi alma durumuna bağlı olarak farklılık göstermiştir.

Çizelge 1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelgede gebelerin %54’ünün 17-22, %34’ünün 23-28 yaş, %12’sinin 29-34 yaş grubunda, %74’ünün ilkokul mezunu, %18’inin lise, %8’inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına dahil edilen gebelerin %54’ünün sağlık güvencesinin olduğu ve bunlardan %28’inin yeşil kartlı, %20’sinin Bağ-Kur, %6’sı Emekli Sandığına bağlı iken %46’sının herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin %58’inin ilk, %42’sinin ikinci gebeliğini yaşadığı, %94’ünün de şimdiki gebeliği istediği görülmektedir.

Daha önce bir gebelik yaşayan deneklerin %14.3’ünün evde, %9.5’inin özel klinikte, %76.2’sinin hastanede doğum yaptıkları, %23.8’ünün düşük veya ölü doğum deneyimi yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %28’i gebelik süresince doğum konusunda eğitim aldığı ve eğitim alanların çoğunluğunun %57.1’inin doktordan eğitim aldığı görülmüştür.

Ağrı deneyimi olarak, doğum ağrısına benzerliği açısından jinekolojik ağrı türü olan dismenore şikayeti yaşayan gebelerin %78 olduğu görülmüştür.

Çizelge 2. Gebelerin Ağrı Deneyimlerinde Ağrıyı İfade Etme Şekline Göre Dağılımı

Ağrı ifade etme biçimleri	Sayı	%
Yüz buruşturma	11	28.2
Ağlama, bağırma	4	10.3
Yardım isteme	13	33.3
Belli etmeme	11	28.2
Toplam	39	100

Araştırma kapsamına alınan gebelerin ağrı deneyimlerini ifade etme şekilleri incelendiğinde gebelerin %28.2’sinin bunu yüzünü buruşturarak, %10.3’ünün ağlayarak veya bağırarak yaptığı, %33.3’ünün çevresindekilerden yardım istediği

anlaşılmaktadır. Ağrısını belli etmemeye çalışanlar ise gebelerin %28.2'ini oluşturmaktadır(Çizelge 2).

Çizelge 3. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Girişim	n	Kaygı Puan Ortalamaları			
		\bar{X}_{ort}	SS	Minimum	Maximum
Öncesi	50	58.46	9.04	35.00	76.00
Sonrası	50	37.44	7.53	25.00	53.00

Çizelge-3'de doğum ağrısını hafifletmek amacıyla yönelik gevşeme, solunum egzersizi ve dokunma yöntemlerini kapsayan girişimlerden önce ve sonra gebelerin kaygı puan ortalamaları verilmiştir. Veriler Paired T-Test yöntemi ile değerlendirilmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 58.46 ± 9.04 iken girişim sonrası kaygı puan ortalaması 37.44 ± 7.53 'e düştüğü görülmüştür.

Çizelge 4. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	n	Kaygı Puan Ortalamaları			
		$\bar{X}_{önce}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
İlkokul	37	56.76	38.73	1.39	1.15
Lise	9	60.56	36.56	2.82	2.34
Üniversite	4	69.50	27.50	4.23	3.51

($F=9.489$ $p<0.05$)

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim düzeylerinin doğum ağrısını hafifletici yöntemlerden gevşeme, solunum egzersizi, dokunma yöntemlerini kapsayan girişim öncesi ve sonrası ölçülen kaygı puanlarına etkisi Tekrarlanan Ölçüm (Repeated Measures) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyinin kaygı puanları arasındaki farka etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=9.489$ $p<0.05$).

İlkokul mezunu olan gebelerin uygulama öncesi kaygı puan ortalaması 56.76 ± 1.39 , lise mezunu gebelerin 60.56 ± 2.82 , üniversite mezunu gebelerin 69.50 ± 4.23 olarak saptanmıştır.

Uygulama sonrası kaygı puan ortalamaları ise ilkokul mezunu gebelerde 38.73 ± 1.15 , lise mezunu gebelerde 36.56 ± 2.34 , üniversite mezunu gebelerde 27.50 ± 3.51 olarak bulunmuştur.

Çizelge 5. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Sağlık Güvencesi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Kaygı Puan Ortalamaları					
Sağlık Güvencesi	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
Olan	27	60.22	35.93	1.72	1.43
Olmayan	23	56.39	39.23	1.86	1.55

(F=4.370 p<0.05)

Çizelge 5'te gebelerin girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarının sağlık güvencelerine göre dağılımı yer almaktadır. Tekrarlanan Ölçüm Yöntemi ile yapılan değerlendirme sonucunda gebelerin sağlık güvencelerinin kaygı düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(F=4.370 p<0.05).

Girişim öncesi sağlık güvencesi olan gebelerin kaygı puan ortalaması 60.22 ± 1.72 iken sağlık güvencesi olmayanların puan ortalaması 56.39 ± 1.86 olduğu görülmüştür.

Girişim sonrası bakıldığında ise sağlık güvencesi olan gebelerin kaygı puan ortalaması 35.93 ± 1.43 , sağlık güvencesi olmayanların 39.23 ± 1.55 olduğu saptanmıştır.

Çizelge 6. Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

Gebelik Sayısı	Kaygı Puan Ortalamaları				
	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
İlk gebelik	29	58.10	8.52	1.69	1.39
İkinci gebelik	21	58.95	35.95	1.99	1.64

F=0.289 p>0.05

Araştırma kapsamına alınan gebelerin girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarının gebelik sayılarına göre dağılımı yer almaktadır. Tekrarlanan Ölçüm yöntemi ile yapılan değerlendirme sonucunda gebelerin gebelik sayısının kaygı düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (F=0.289 p>0.05)

İlk gebeliği olan kadınların girişim öncesi kaygı puan ortalamasının $58,10 \pm 1.69$ olduğu, ikinci gebeliği olanların ise 58.95 ± 1.99 olduğu saptanmıştır. Girişim sonrası bakıldığında ise ilk gebeliği olan kadınların kaygı puan ortalamasının 8.52 ± 1.39 , ikinci gebeliği olanların 35.95 ± 1.64 olduğu görülmüştür.

Çizelge 7. Gebelerin Girişim Öncesi Ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Dismenoreyi Hafifletme Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Ağrı Hafifletme Yöntemi	Kaygı Puan Ortalamaları				
	N	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
Kullanan	27	56.85	31.35	1.75	1.35
Kullanmayan	12	61.25	35.25	2.62	2.02

F=3.630 p>0.05

Çizelge 7'de gebelerin girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarının dismenoreyi hafifletmek için yöntem kullanma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Tekrarlanan Ölçüm yöntemi ile yapılan değerlendirme sonucunda gebelerin dismenoreyi hafifletmek için bir yöntem kullanmalarının kaygı düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (F=3.630 p>0.05).

Dismenoreyi hafifletmek için herhangi bir yöntem kullanan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 56.85 ± 1.75 , kullanmayanların ise 61.75 ± 2.62 olarak bulunmuştur. Girişim sonrası kaygı puanlarına bakıldığında ise yöntem kullananların puan ortalamasının 31.35 ± 1.35 , kullanmayanların ise 35.25 ± 2.02 olduğu saptanmıştır.

Dismenoreyi hafifletmek için gebelerin %2.7'sinin bitkisel çaylar, %18.7'sinin sıcak uygulama ve %22.7'sinin ağrı kesici ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Çizelge 8. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Düşük veya Ölü Doğum Deneyimlerine Göre Dağılımı

Düşük veya Ölü Doğum	Kaygı Puan Ortalamaları				
	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
Var	5	58.14	39.57	3.45	2.85
Yok	16	58.51	37.09	1.39	1.15

(F=0.215 p>0.05)

Gebelerin düşük veya ölü doğum deneyimlerinin girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamalarına etkisi Çizelge 8'de yer almıştır .Daha önce düşük veya ölü doğum yaşamış gebelerin yöntemleri uygulama öncesi kaygı puan ortalaması 58.14 ± 3.45 , düşük veya ölü doğum yaşamamış gebelerin 58.51 ± 1.39 'dur, yöntemleri uygulama sonrası düşük veya ölü doğum yaşamış gebelerin puan ortalaması 39.57 ± 2.85 , düşük veya ölü doğum yaşamamış gebelerin puan ortalaması 37.09 ± 1.15 'tir.

Tekrarlanan Ölçüm yöntemi ile yapılan analizde gebelerin düşük yada ölü doğum yaşama durumlarının girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur(F=0.215 p>0.05).

Çizelge 9. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Doğum Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Doğum Konusunda		Kaygı Puan Ortalamaları			
Bilgi Alma	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
Evet	14	53.71	40.36	2.30	1.97
Hayır	36	60.31	36.31	1.44	1.23

F=8.551 p<0.05

Çizelge 9’da gebelerin doğum ağrısını hafifletici yöntemlerin uygulanmasından önceki ve sonraki kaygı puan ortalamalarının doğum konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı görülmektedir

Doğum konusunda eğitim alan gebelerin, doğum ağrısını hafifletmeyi amaçlayan yöntemlerin uygulanmasından önceki kaygı puan ortalaması 53.71 ± 2.30 iken eğitim almamış gebelerin kaygı puan ortalaması 60.31 ± 1.44 ’tür.

Daha önce doğum konusunda eğitim almış gebelerin girişim sonrası kaygı puan ortalaması 40.36 ± 1.97 , eğitim almamış gebelerin ise puan ortalaması 36.31 ± 1.23 olarak saptanmıştır.

Tekrarlanan Ölçüm yöntemi ile yapılan analizde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=8.551 p<0.05).

Çizelge 10. Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamalarının Doğum Konusunda Bilgi Alınan Sağlık Personeline Göre Dağılımı

Doğum Konusunda		Kaygı Puan Ortalamaları			
Bilgi Alınan Personel	n	$\bar{X}_{\text{önce}}$	\bar{X}_{sonra}	SS _{önce}	SS _{sonra}
Ebe veya Hemşire	6	52.67	34.00	2.70	3.85
Doktor	7	55.00	32.14	2.50	3.56

(F=5.912 p<0.05)

Çizelge 10’da araştırma kapsamına alınan gebelerin girişim öncesi ve sonrası ölçülen kaygı puan ortalamalarının gebelerin doğum konusunda eğitim aldıkları sağlık personeline göre dağılımı görülmektedir.

Doğum konusunda ebe veya hemşirelerden eğitim alan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 52.67 ± 2.70 , doktordan eğitim alan gebelerin 55 ± 2.50 'dir, girişim sonrası ebe veya hemşirelerden eğitim alan gebelerin puan ortalaması 34 ± 3.85 , doktordan eğitim alan gebelerin puan ortalaması 32.14 ± 3.56 'dir.

Veriler Tekrarlanan Ölçüm yöntemi ile değerlendirilmiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=5.912$ $p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde gevşeme, solunum ve dokunma gibi doğum ağrısını hafifletici doğal yöntemlerin uygulanmasının travayda normal doğum yapması beklenen gebelerin kaygı düzeylerine etkisi ve bu kaygıyı etkileyebilecek faktörlere yönelik bulgular tartışılmıştır.

Araştırmamızda doğum ağrısını hafifletmek amacıyla yönelik yapılan gevşeme, solunum egzersizi ve dokunma gibi yöntemleri kapsayan girişimlerden önce ve sonra gebelerin kaygı puan ortalamalarına bakılmıştır. Girişim öncesi kaygı puan ortalaması 58.46 iken girişim sonrası 37.44'e düştüğü görülmüştür. ($p<0.05$) (Çizelge 3). Bu sonuçlar doğal ağrı hafifletici yöntemlerin kaygıyı azalttığı ve doğum eyleminin daha rahat geçirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Saisto ve ark. Fillandiya'da doğum korkusunu azaltmak için terapiler uyguladıkları çalışmalarında gebe kadınların %62'sinin sezaryenden vazgeçtiği, çok iyi motive oldukları, kaygılarının azaldığı ve doğumlarının kısaldığı görülmüştür(52). Yıldırım'ın yaptığı çalışmada da doğal ağrı hafifletici yöntemlerin öğretilmesi sonucunda gebelerin doğum ağrısının şiddetini daha düşük hissettikleri, doğum eylemine daha iyi adapte oldukları ve daha doyurucu doğum deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir (49).

Anksiyete, gebenin uyumunu zorlaştırması ve hormonal dengeyi etkilemesi nedeniyle doğumda komplikasyon nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Psikososyal stres, aile durumu, doğum korkusu gibi spesifik anksiyete etkenleri uzamış doğum eylemi veya sezaryen seçimine neden olabilmektedir(2,54).

Araştırmamızda girişim öncesi ve sonrası kaygı puanları arasındaki farkın anlamlı çıkmasına neden olacağı düşünülen faktörler incelenmiştir.

Kişisel özelliklerin bireysel ağrı düzeyine bağlı kaygı düzeyini etkilediği görülmüştür. Melzack ve ark. yaptıkları çalışmada, doğum ağrısının fizyolojik etkenlerden olduğu kadar ve psikolojik etkenlerden de etkilendiğini saptamışlardır. Ayrıca kadınların kilosu, doğum sayısı, bebeğin kilosu ve diğer bireysel özelliklerin de ağrı şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür(55,65). Araştırmada gebelerin %74'ünün ilkökul mezunu olduğu görülmüş (Çizelge 1). Akın'ın TNSA verilerinin analizini

yaptığı çalışmada da doğurgan çağıdaki kadınların %61.3 ilkokul mezunu ve orta okulu bitirmemiş olduğu görülmüştür (56). Bu da çalışmamıza katılan gebelerin eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Gebelerin eğitim düzeyine göre kaygı puanlarına bakıldığında girişim öncesi en yüksek ortalamanın üniversite mezunlarına ait olduğu görülmektedir (69.50) (Çizelge 4). Girişim sonrası ise en yüksek puanın ilköğretim mezunlarına (38.73) ait olduğu görülmektedir. Spielberger'e göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile başetmede etkin beceriler geliştirirler (20). Bu durumda eğitim düzeyine göre doğum süresince yapılan girişimlerin, eğitim düzeyi düştükçe girişimlerin veya müdahalelerin daha az etkili olduğunu söylemek mümkündür.

Gebelerin %46'sının herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. (Çizelge1) Özvarış ve Akın'ın çalışmada da kadınların % 47.2'sinin herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı görülmüştür, bu da çalışmamızdaki verilerle benzerlik göstermektedir. Bir sosyal güvencenin olmayışı bireylerin gereksinim duydukları koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde almasını engelleyebilir (56).

Çalışmamızda bir sosyal güvenceye sahip olma durumları ile uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (F=4,370 p<0.05)(Çizelge 5). Bu farka, sosyal güvencenin olmamasına bağlı olarak maddi gücün bu hizmeti karşılamaya yetmeyeceği ve alınacak hizmetin kalitesinin düşeceği korkusunun neden olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan ve daha önce bir gebelik yaşayan kadınların %76.2'sinin hastanede doğum yaptığı ve %23.8'inin düşük veya ölü doğum deneyiminin olduğu görülmektedir. Gebelerin %94'ü şimdiki gebeliği istemektedir (Çizelge 1). TNSA 1998 verilerine göre annelerin %71'inin son gebeliğini istediği, %20'sinin bir sağlık personelinin yardımı olmadan sağlıksız koşullarda doğum yaptığı, %6.7'sinin düşük veya ölü doğum deneyimi olduğu görülmektedir(6). Daha önceden yaşanan psikolojik sorunlar ve çok sayıda günlük stresörler kadınlarda büyük bir doğum korkusu yaratabilir(62).

Araştırmaya katılan gebelerden çoğunun bu gebeliği istediği ve bilinçli gebe kaldığı görülmüştür. Bu da gebelerin kendilerine sunulacak sağlık hizmetlerini daha bilinçli olarak ve zamanında alabileceklerini düşündürmektedir.

Araştırmada gebelerin gebelik sayılarının, daha önceki doğumlarını yaptıkları yerlerin ve şimdiki gebeliği isteme durumlarının araştırmaya yönelik uygulamadan önce ve sonraki kaygı puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Öte yandan Genez hamile kadınlarda kaygı düzeylerini incelediği çalışmasında daha önce ölü doğum ve düşük deneyimi yaşayan gebelerin şimdiki gebeliklerindeki kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır(40).

Keleş çalışmasında istenmeyen gebeliklerde kişilik özelliğinin ve anksiyetenin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlemiştir(57). Waldenstrom ve ark. (58) yaptıkları çalışmada bu doğumda yeterli sosyal destek ve dinleme gibi yaklaşımlarla gebenin daha önceki olumsuz gebelik ve doğum deneyimlerinden daha az etkilenmesi sağlanabildiği görülmüştür. Çalışmamızda da gebelerin geçmişte ölü doğum veya düşük deneyimi yaşama durumlarının uygulama öncesi ve sonrası kaygı puanları üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (Çizelge 8). Geçmiş ölü doğum veya düşük deneyimi olan ve olmayan gebelerde uygulama sonrası kaygı puanlarının oldukça düştüğü görülmektedir. Travayda ağrı giderici yöntemlerin gebe ile birebir temas halinde uygulanmasının kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Doğum konusunda bilgi almamış veya yetersiz bilgi almış gebelerin, travayda bir sağlık personeli tarafından eğitilmesi ve yönlendirilmesi bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %72 gibi oldukça yüksek bir kesiminin gebelikte doğum konusunda yeterli bilgi almadığı görülmüştür. Bilgi alan gebelerin ise %42.9'unun bu bilgileri ebe veya hemşireden alırken %57.1'inin doktordan aldığı belirlenmiştir(Çizelge 1).

TNSA 1998 verilerine göre gebelerin sadece %20.6'sı doğum öncesi sağlık hizmetini bir Ana-Çocuk sağlığı merkezinden aldığı, %60 gibi yüksek bir oranda bu hizmeti özel sektörden, geri kalanını ise hastanelerden aldığı anlaşılmaktadır. Türkiye'de gebelerin %6.9'unun ebe-hemşireden doğum öncesi bakım aldığı görülmektedir(6). Bu da sağlık ocaklarında ev ziyaretleri yapması gereken ebe/hemşirelerin doğum konusuna verdikleri önemin yetersizliğini gösterdiği gibi gebelerin bu kişilerden doğum konusunda bilgi veya bakım talep etmediklerini de düşündürmektedir.

TNSA-1998 verilerine göre Türkiye’de gebelerin %42’sinin en az 4 kez izlendiği görülmüşse de bu araştırmada ziyaretlerin nitelik ve niceliğinin yetersizliği görülmektedir. Genest’in yapmış olduğu çalışmada, doğuma hazırlık sınıfına katılanların anksiyete düzeylerinin ve ağrı algılamalarının daha düşük olduğu, doğuma yönelik duygularının daha olumlu olduğu belirtilmektedir. Bu da doğum öncesi eğitimin önemini vurgulamaktadır(59). Doğum ağrısını hafifletmeyi amaçlayan yöntemlerin uygulanmasından önceki kaygı puanlarına bakıldığında, doğum konusunda bilgi alan gebelerin kaygılarının, almayanlara göre daha düşük olduğu (53.71; 60.31) görülürken girişim sonrası değerlendirmede kaygının bilgi almayanlarda, bilgi alanlara (36.31; 40.36) oranla daha fazla düştüğü belirlenmiştir. Araştırmamızda doğum konusunda bilgi alma durumunun travayda doğum ağrısını giderici uygulama yapılan gebelerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=8.551$ $p<0.05$) (Çizelge 9).

Doğum öncesi dönemde bilgi aldığını söyleyen gebelerde uygulamanın etkinliğinin daha az olmasının nedeninin bu bilgilerin farklılığından ya da yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Karataş ve Terzioğlu’nun çalışmasında da gebelerin %89’unun doğum öncesi ve sonrası eğitim almak istediklerini belirlemişlerdir(68). Gebelikte istedik bakımın verilebilmesi ve amacına ulaşılabilmesi için doğum öncesi bakım sunan ve doğuma yardımcı personel arası işbirliği gerekliliğini ortaya koymaktadır. Okumuş’un yapmış olduğu çalışmada doğum öncesi eğitim sınıfına katılan annelerin anksiyete puan ortalamalarının oldukça düştüğü görülmektedir(66).

Çalışmamızda doğum konusunda bilgi alınan kişiye göre kaygı puanının etkilendiği görülmüştür($F=5.912$ $p<0.05$)(Çizelge 10). Doğum konusunda ebe veya hemşirelerden bilgi alan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 52.67 iken, doktordan eğitim alan gebelerin 55 olduğu görülmüştür. Girişim sonrası ebe veya hemşirelerden bilgi alan gebelerin puan ortalamasının (34), doktordan eğitim alan gebelerin puan ortalamasına (32.14) göre daha az düşürülebildiği görülmüştür. Bu da gebelerin ebe/hemşireden aldıkları bilgilerin yetersiz, yanlış olduğunu veya gebelerin doktora daha fazla güvendiklerini düşündürmektedir.

Dismenore, kadınların çoğunun yaşadığı pelvik ağrı türlerinden biridir. Ağrı deneyimlerinin doğum ağrısı ile başatmede etkili olacağı düşünülerek araştırmaya

katılan gebelerin dismenoreyi ifade etme ve başatme yöntemleri değerdendirilmiştir. Elde edilen verilerden gebelerin %28.2'sinin dismenorede yüz buruşturma, %10.3'ünün ağlama bağırma tepkisi verdiği, %33.3'ünün çevrelerinden yardım istediği, %28.2'sinin belli etmemeye çalıştığı saptanmıştır (Çizelge 2).

Dismenoreyi hafifletmek için gebelerin %2.7'sinin bitkisel çaylar, %18.7'sinin sıcak uygulama ve %22.7'sinin ağrı kesici ilaç kullandıkları belirlenmiştir.

Aştı ve Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada da gebelerin %16'sının dismenorede inleme ve yüz buruşturma tepkisi verdiği, %20'sinin yatakta kıvrandığı, %32'si analjezik kullandığı görülmüştür (6). Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada ağrı ile başa çıkmada kullanılan girişimlerden ağrı kesici kullanımı %60 olduğu, düşük oranda da ağrıya masaj yaptıkları saptanmıştır(49).

Dismenoreyi hafifletmek için herhangi bir yöntem kullanan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 56.85, kullanmayanların ise 61.25 olarak bulunmuştur. Girişim sonrası kaygı puanlarına bakıldığında ise yöntem kullananların puan ortalamasının 31.35, kullanmayanların ise 35.25 olduğu saptanmıştır. Gebelerin dismenoreyi hafifletmek için herhangi bir yöntem kullanmalarının kaygı düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=3.630$ $p>0.05$) (Çizelge 7). Aştı ve Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada da dismenore ile başatmede genelde analjezik kullanma öyküsü olan gebelerde kaygının yüksek olduğu görülmüştür(6).

Gebenin daha önceki doğum deneyiminde yaşadığı korkunun daha sonraki doğumlarda tekrarlama olasılığı da göz önüne alınmalıdır(60). Korkunun ağrıyı artırabileceği ve gebe doğumun ne kadar çok acı verici olduğunu düşünürse o kadar çok ağrı hafifleticiye ihtiyaç duyacağı belirtilmektedir(61). Ryding ve ark., İsviçre'de 1998'de yaptıkları bir çalışmada ciddi boyutlarda doğumdan korkan kadınların bu korkuyu yaşamayan kadımlara göre 2-3 kat daha fazla erken doğum yaptıklarını saptanmışlardır(41).

Genez'in çalışmasında daha önce düşük yapmış hamile kadınların doğum öncesi kaygı düzeyi, düşük yapmayanlardan daha yüksek bulunmuştur(40). Ancak araştırmamızda gebelerin düşük yada ölü doğum yapma durumlarının girişim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0.215$ $p>0.05$)(Çizelge 8). Kaygının etkilenmemesinin, çalışmaya alınan ve bu tür

deneyimi olan gebelerin oranının düşük (%23.8) olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda, toplanan veriler doğrultusunda araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirme sonucunda;

Araştırma kapsamına alınan gebelerin çoğunluğunun (%54) genç yaş grubunda (17-22 yaş) olduğu, %74'ünün ilkokul mezunu olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu ve gebelerin %46'sının herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır.

Daha önce bir gebelik deneyimi olan gebelerin deneklerin %76.2'sinin hastanede doğum yaptığı, %23.8'inin düşük veya ölü doğum deneyiminin olduğu ve gebelerin %94'ünün şimdiki gebeliği istediği, %72 gibi oldukça yüksek bir kesiminin gebelikte doğum konusunda yeterli bilgi almadığı, bilgi alan gebelerin ise %42.9'unun bu bilgileri ebe veya hemşireden alırken %57.1'inin doktordan aldığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda gebelerin doğum ağrısı hafifletmek amacıyla yönelik yapılan gevşeme, solunum egzersizi ve dokunma gibi yöntemleri kapsayan girişimlerden önce ve sonra gebelerin kaygı puan ortalamalarına bakılmıştır. Girişim öncesi kaygı puan ortalaması 58.46 iken girişim sonrası 37.44'e düştüğü görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda, doğum öncesi gebelerin hazırlıklarının yetersiz olması durumunda travayda doğuma yardımcı olan personelin bu yöntemlerle gebelerin kaygılarının azaltılmasını sağlayabileceği görülmüştür.

Araştırmamızda kaygı puanını düşüren etkenlerin değerlendirilmesi açısından gebeye özgü veriler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda gebelerin eğitim düzeyinin, sosyal güvencesinin, doğum konusunda bilgi alma durumlarının, bilgi alınan personelin kaygı puanına etkili olduğu görülmüştür:

1- Gebelerin eğitim düzeyine göre kaygı puanlarına bakıldığında girişim öncesi en yüksek ortalamanın(69.50) üniversite mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Girişim sonrası ise en yüksek puanın (38.73) ilköğretim mezunlarına ait olduğu saptanmıştır. Girişim öncesi ve sonrası kaygı puanlarına eğitim düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$)

2- Çalışmamızda bir sosyal güvenceye sahip olma durumları ile uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmüştür($p<0,05$).Bir sosyal güvencesi olan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması sağlık güvencesi olmayanlara göre daha yüksek bulunurken(60,22), girişim sonrası kaygı puan ortalamasının yine bu gebelerde daha çok düştüğü görülmüştür(35.93).

3-Doğum ağrısını hafifletmeyi amaçlayan yöntemleri uygulamadan önceki kaygı puanlarına bakıldığında, doğum konusunda bilgi alan gebelerin kaygılarının, almayanlara göre daha düşük olduğu (53.71; 60.31), girişim sonrası değerlendirmede ise kaygının bilgi almayanlarda, bilgi alanlara (36.31; 40.36) oranla daha fazla düştüğü belirlenmiştir. Araştırmamızda doğum konusunda bilgi alma durumunun travayda doğum ağrısını hafifletici uygulama yapılan gebelerin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

4- Çalışmamızda doğum konusunda bilgi alınan kişiye göre kaygı puanının etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Doğum konusunda ebe veya hemşirelerden bilgi alan gebelerin girişim öncesi kaygı puan ortalaması 52.67 iken, doktordan eğitim alan gebelerin 55 olduğu görülmüştür. Girişim sonrası ebe veya hemşirelerden bilgi alan gebelerin puan ortalamasının (34), doktordan eğitim alan gebelerin puan ortalamasına (32.14) göre daha az düşürülebildiği görülmüştür .

Gebelerin, yaş, dismenorede kullandıkları ağrı hafifletme yöntemlerinin, gebelik sayılarının, doğum salonuna alınırken yaşadığı hislerin, düşük veya ölü doğum deneyimlerinin kaygı puanlarına etkili olmadığı görülmüştür($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda :

Gebelere doğum sırasında verilecek desteğin belirlenmesi için kaygı düzeyini arttıran etkenlerin ortaya çıkarılması,

Doğumun olumlu bir deneyim olarak sonuçlanması amacıyla gebelik süresince bütün sağlık birimlerinde ağrıyla doğal başetme yöntemlerinin anne adaylarına öğretilmesi ve uygulanması,

Çalışmamızda doğum öncesi bilgi alan annelerin kaygı puanlarının, doğum öncesi bilgi almayanlara oranla düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle doğum öncesi izlemlerde gebelik ve doğum hakkında bilgi verilmesinin desteklenmesi,

Ağrı ile doğal başetme yöntemlerini uygulamada ebelerin performanslarının değerlendirilmesi ve gerekli eğitimlerin sağlanması,

Doğum ağrısını doğal yöntemlerle azaltılmak amacıyla gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu hizmeti veren sağlık ekiplerinin etkileşim içinde olması,

Doğuma hazırlık sınıflarına katılmış gebeler ile ilk kez travayda doğum ağrısıyla başetme teknikleri uygulanan gebelerin kaygılarının karşılaştırılması

Doğal ağrı hafifletici yöntemlerin etkinliğinin kalabalık ve özel travay odalarında yatan gebelerde doğum salonu veya servisin özelliklerinin ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi,

Benzer çalışmanın kontrol ve deney grubu kullanılarak yapılması önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

- 1- **Özkan S**, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche Yayınları, **1993**.
- 2- **Taşkın L**, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5.Baskı, Ankara:Sistem Ofset Matbacılık, **2002**.
- 3- **İnanç N, Hatipoğlu S**, Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile. Ankara **1995**.
- 4- **Demir N**, Normal Doğum. Obstetrik Maternal - Fetal Tıp & Perinatoloji. Ankara: Kozan Ofset, **2001**, 1258-1298.
- 5- **Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN**. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 8th Ed., The United States of America: A Wolters Kluwer Company, **1994**.
- 6- **Aştı N, Yıldız A**. Travay odasında doğum ağrısı çeken gebelere teröpatik dokunmanın, gebelerin ağrı algısı ve durumluk anksiyetesi üzerine etkisi. Araştırma, İ.Ü. Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, **1988**.
- 7- **Kanji N**. Management of pain through autogenic training. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, **2000**; 143-148.
- 8- **Erdine S**, Ağrı. 2.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2002**.
- 9- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc. Ankara, **1999**.
- 10- Üçüncü Bin Yıla Başlarken Anne ve Çocukların Durumu. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, **2000**.
- 11- **Gentz BA**. Alternative Therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Dec.**2001**; 44(4):704-782.
- 12- **The CNM Data Group** 1996. Midwifery management of pain in labour. *Journal of nurse-Midwifery*, March/April **1998**; 43(2).
- 13- **Kömürcü N, Gençalp NS**. Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**; 5(1):78-82.
- 14- **Leeman L, Fontaine P, King V**. The nature and management of labour pain: Part I. nonpharmacologic pain relife, *American Family Physician*, Kansas City September, **2003**; 68(6):1109.

- 15- **Seymour J.** Pain relief in childbirth. *Nursing Times*, May 14, 1997.
- 16- **Walsh LV,** Midwifery, community-based care during the childbearing year. The United States of America, 2001.
- 17- **Chang MY, Wang SY, Chen CH.** Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 2002;38(1):68-73.
- 18- **Burns E, Blamey C.** The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study. *Complement Their Nursing Midwifery*, Feb;6, 2000.
- 19- **Van Der Spank JT, Cambier DC, De Paepe HM, Danneels LA.** Pain relief in labour by transcutaneous electrical nerve stimulation, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, November, 2000;264(3):131-136.
- 20- **Rokke DP, Absi MA.** Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain* 1991; 46: 43-51.
- 21- **Güleç C, Koroğlu E,** Psikiyatri Temel Kitabı. 2.Cilt, Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1998.
- 22- **Aştı N.** Terapötik Dokunma ve Hemşirelik Bakımındaki Rolü. *Hemşirelik Bülteni*. İstanbul 1998: 2(8).
- 23- **Kocaman G.** Ağrı Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık Sanayi ve Ticaret Lmt, 1994.
- 24- **Alan H,** Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 9. Ed., Newyork: Decherney, 2003.
- 25- **Kutlugül Y,** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 1997.
- 26- **Hamesmaki E, Ylikorkala O, Kaaja R, Saisto T.** Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*, 2001; 93 :123-127.
- 27- **Miriam K., Mazor M., Shoham-Vardi İ., Sheiner E., Sheiner E.K.,** Ethnic differences influence care giver's estimates of pain durin labour, *Pain* 81 (1999) 299-305.
- 28- **Simkin P.** The meaning of labour pain. *Birth*, December 2000; 27(4):254 .
- 29- The pain of labour. Erişim: <http://www.acegraphics.com.au/articles/pain>. Erişim tarihi:15.05.2003.
- 30- **Çavuşoğlu H.** Tıbbi Fizyoloji. 10.baskı, Ankara: Yüce Yayınları, 2001.

- 31- **Öztürk O.** Psikanaliz ve Psikoterapi. 3.baskı, Ankara:1998.
- 32- **Peykan G.** Stres, Anksiyete ve Kadın. Erişim: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/stres.htm>. Erişim tarihi: Haziran 2004.
- 33- **Spielberger CD,** Anxiety. New York and London: Academic Press, 1972.
- 34- **Okyavuz ÜH,** Sağlık Psikolojisine Giriş. 1.Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları,1999.
- 35- **Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E.** Genel Tıpta psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 203-233.
- 36- **Velioğlu P,** Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset, 1999.
- 37- **Uçman P.** Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Psikoloji Dergisi*, Ocak 1990; 7(24):55-75
- 38- **Gündüz B.** Hemşirelerde stresle başa çıkma biçimleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2000.
- 39- **Gennaro S, Hennessy MD.** Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. *J Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(5):668-75.
- 40- **Genez D.** Hamile kadınların kaygı düzeyleri. Yüksek lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Samsun-2002.
- 41- **Ryding EL.** An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2003;82(1):10
- 42- **Kişnişçi HA, Gökşin E.** Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi, , 1996: 252-290.
- 43- **Streiner D, Stevens B, Gallop R, Garfinkel P, Watt-Watson J.** The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*, July/August 2000; 49(4).
- 44- **Pernoll M L.** Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik. İstanbul, Barış Kitabevi, 1994:228-265.
- 45- **Erez S.** Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. 7. Basım, İstanbul: Yüce yayım, 1997 :105-146.

- 46- **Kayhan Z.** Klinik Anestezi. 2. Baskı, Ankara: Logos Yayıncılık, 1997:623-631.
- 47- **Balcioğlu O.** Doğum Anestezisi Erişim: <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/dogum.htm> 03/01/2004. Erişim Tarihi: 2004.
- 48- **Goodchild CS, Morley SJ, Marks RL, Serrao JM.** Intrathecal midazolam for the treatment of chronic mechanical low back pain: a controlled comparison with epidural steroid in pilot study. *Pain*, 1992;48:5-12.
- 49- **Yıldırım G.** Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi. Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.
- 50- **Arıkan E.** Gebelikte eğitim ve egzersiz programının etkinliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 1998.
- 51- **Edisan Z, Aksoy Ş.** Geçmişten günümüze manuel tedaviler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 2002;10(4):269-278.
- 52- **Peltier JW.** Exploring the role nurses play at different stages of the birthing process. *Fall 2000*;20(3):20.
- 53- **Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E.** Arandomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Evid Based Ment Health* 2002;5(3):87.
- 54- **Johnson RC, Slade P.** Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship?. *Psychosom Obstetric Gynaecol.* 2003;24(1):1-14.
- 55- **Melzack R, Kinch R, Dopkin P, Lebrun M, Taenzer P.** Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables., *Can Med Assoc J.* 1984;130(5): 84-579.
- 56- **Özvarış ŞB, Akın A.** Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Ankara:Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı yayınları UNFPA, 2002.
- 57- **Keleş MÖ.** İstenmeyen gebeliklerde anksiyete. *Haseki Tıp Bülteni*, 2000; 38(3): 221-225.
- 58- **Waldenstrom U.** A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample, *Birth.* 2004;31(1):17-27.
- 59- **Genest M.** Preparation for childbirth--evidence for efficacy. A review.”, *JOGN Nurs.* 1981 Mar-Apr;10(2):82-5.

- 60- **Batorowicz E, Machala M.** State trait anxiety and fear of labour in first and subsequent pregnancy” *Qol Newsletter*, 2001;26; 14.
- 61- **Alehagen S, Wijma K.** Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80, 2001: 315-320
- 62- **Saisto T, Halmesmaki E.** Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Mar;82(3): 8-201.
- 63- **Öner N, LeCompte A,** Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul:Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1992.
- 64- **Köroğlu E, Aydemir Ö.** Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayınlar Birliği, 2000:153-159.
- 65- **Babacan SS.** Sezeryan sonrası ağrı kontrolünde ilaç dışı farklı iki yöntemin (masaj/dokunma ve müzik/gevşeme) etkinliğinin karşılaştırılarak incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999.
- 66- **Okumuş H, Mete S.** Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisinin incelenmesi. *Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 2002;8 (6):771-775.
- 67- **Eti-Aslan F.** Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002;6(1): 9-17.
- 68- **Karataş B, Terzioğlu F.** Gebe kadınların doğum öncesi dönemde, gebelik-doğum ve doğum sonu döneme ilişkin almak istedikleri bilgilere yönelik beklentilerinin incelenmesi. *Optimal Tıp Dergisi*, 2001; 14(2):41-46.

8. EKLER

EK-1 ANKET FORMU

ÖRNEKLEM NO:

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Eğitim düzeyiniz?

- a) Eğitimi yok
- b) İlkokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Yüksekokul mezunu
- e) Üniversite mezunu

3- Sağlık güvenceniz aşağıdakilerden hangisi?

- a) Yeşil kart
- b) Bağ-kur
- c) Sigorta
- d) Özel sigortalı
- e) Emekli sandığı
- f) Yok

4- Adet günlerinde ağrı şikayetiniz olur mu?

- a) Evet
- b) Hayır

5- Adet ağrısını azaltmak için ne yaparsınız?

- a) İlaç içerim
- b) Sıcak uygulama yaparım
- c) Hiçbir şey yapmam
- d) Başka.....

6- Adet ağrınızı çevrenizdeki insanlara nasıl ifade edersiniz?

- a) Yüzümü buruştururum
- b) Ağlarım, bağırırım
- c) Yakınıma söyler yardım isterim
- d) Hiç belli etmem

7- Kaçınıcı gebeliğiniz?

8- Doğumlarınızı yaptığınız yer?

- a) Evde
- b) Özel klinikte
- c) Hastanede

9- Düşük veya ölü doğumunuz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

10- Bu gebeliği istediniz mi?

- a) Evet b)Hayır

11- Gebelik süresince doğum konusunda eğitim aldınız mı?

- a) Evet b)Hayır

12- Cevabınız evet ise doğum konusunda eğitimi kimden aldınız?

- a) Sağlık ocağı ebesinden
b) Sağlık ocağı doktorundan
c) Ana-çocuk sağlığı hemşiresinden
d) Yakımdan

13- Hastaneye gelirken ne hissettiniz?

14- Doğum ağrınız süresince hangi uygulamaların sizi rahatlatacağını düşünürsünüz?



EK-2 STAI FORM TX – I

İsim:

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç (1)	Biraz (2)	Oldukça (3)	Tamamen (4)
1- Şu anda sakinim	()	()	()	()
2- Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3- Şu anda sinirim gergin	()	()	()	()
4- Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5- Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6- Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9- Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10- Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11- Kendime güvenim var	()	()	()	()
12- Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13- Çok sinirliyim	()	()	()	()
14- Sinirlerim çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16- Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17- Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18- Heyecandan kendimi şaşkıma dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19- Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20- Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

Puanlama:

Doğrudan ifadeler:

Tersine dönmüş ifadeler:

Sabit puan(50)

Durumluk Kaygı Puanı:

EK-3 WONG/BAKER AĞRI SKALASI



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1976 yılında Gaziantep'te doğmuştur. İlköğretimini Gaziantep Gazi Ortaokulu'nda, lise öğrenimini ise 1993 yılında Ankara Çankaya Lisesi'nde tamamlamıştır.

Araştırmacı 1997 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünün önlisansından mezun olmuştur, 2000 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünün lisansından mezun olmuştur. 2000 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisansa başlamış olup, 2001 yılından itibaren Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Araştırma Görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

