



**TRAVAYDA PRİMİPAR GEBELERE VERİLEN HEMŞİRELİK
DESTEĞİNİN DOĞUM AĞRILARINA VE DOĞUM
BEKLENTİSİNE ETKİSİ**

Nergis KARAMAN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Öğr. Gör. Dr. Yeşim CEYLANTEKİN

Tez No: 2019-021

2019-AFYONKARAHİSAR

**T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TRAVAYDA PRİMİPAR GEBELERE VERİLEN HEMŞİRELİK
DESTEĞİNİN DOĞUM AĞRILARINA VE DOĞUM
BEKLENTİSİNE ETKİSİ**

Nergis KARAMAN

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Öğr. Gör. Dr. Yeşim CEYLANTEKİN


Tez No: 2019-021

2019-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

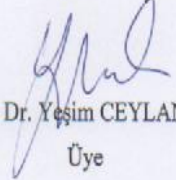
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:...../...../.....


Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN

Üye


Öğr. Gör. Dr. Yeşim CEYLANTEKİN

Üye

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Nergis KARAMAN'ın "Travayda Primipar Gebelere Verilen Hemşirelik Desteğinin Doğum Ağrılarında ve Doğum Beklentisine Etkisi" başlıklı tezi/...../..... günü saat 'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında benden bilgisini, vaktini ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Sayın Öğr. Gör. Dr. Yeşim CEYLANTEKİN'e,

Yüksek lisans ders dönemim boyunca bilgi ve görüşleriyle mesleki gelişimime olan katkılarından dolayı değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN'e,

Tezimin istatistiksel değerlendirme aşamasındaki önerilerinden ve desteğinden dolayı Sayın Prof. Dr. İsmet DOĞAN'a,

Çalışmamın uygulanması için onay veren T.C. Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Akşehir Devlet Hastanesi yönetimine,

Maddi ve manevi destekçim olan, daima yanımda yer alan aileme ve eşimin ailesine,

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim süresince beni her konuda destekleyen, cesaretlendiren, bana güvenen ve sonsuz anlayış gösteren sevgili eşim Abdullah KARAMAN'a,

Sevgisiyle beni yalnız bırakmayan canım oğlum İbrahim Eren KARAMAN'a,

Tezimin uygulama aşamasında bana yardımcı olan doğumhane ebelerine ve çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmama katılmayı kabul ederek tezime katkı sağlayan tüm gebelere,

TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Nergis KARAMAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Gebelik ve Gebeliğin Kadın Üzerindeki Etkileri	4
1.1.1. Gebelik	4
1.1.2. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler.....	5
1.1.3. Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler	8
1.2. Doğum Eylemi	9
1.2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi	9
1.2.2. Doğum Eylemi ve Hormonlar	10
1.2.3. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri.....	11
1.2.4. Doğumun Evreleri.....	14
1.3. Doğum Eyleminde Ağrı	17
1.3.1. Ağrı	17
1.3.2. Ağrı Teorileri	18
1.3.3. Doğum Ağrısı.....	20
1.3.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi	21
1.4. Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemler ve Ebe/Hemşire Desteği	23
1.4.1. Nonfarmakolojik Yöntemler	24
1.4.1.1. Odaklanma-Dikkati Başka Yöne Çekme-Dikkat Dağıtma	24
1.4.1.2. Hayal Kurma	25
1.4.1.3. Dokunma ve Masaj	25
1.4.1.4. Efloraj ve Sakral Basınç.....	26

1.4.1.5. Solunum Teknikleri.....	27
1.4.1.6. Gevşeme Egzersizleri.....	28
1.4.1.7. İkinma Egzersizleri	29
1.4.2. Travayda Gebelere Verilen Ebe/Hemşire Desteği	29
1.5. Gebelerde Doğum Beklentisi	30
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
2.1. Araştırmanın Tipi	32
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
2.4. Veri Toplama Araçları	35
2.4.1. Gebe Tanılama Formu (EK-2)	35
2.4.2. Visual Analog Skala (VAS) (EK-3).....	35
2.4.3. WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu (EK-4)	36
2.5. Verilerin Toplanması	39
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	44
2.7. Araştırmanın Etiği.....	45
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
3. BULGULAR.....	48
3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	51
3.3. Gebelerin W-DEQ-B Ölçeği'ne Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	53
3.4. VAS1 Değerine İlişkin Bulgular	57
3.5. VAS2 Değerine İlişkin Bulgular	60
3.6. W-DEQ-B değerine İlişkin Bulgular	63
3.7. VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Değerlerine İlişkin Bulgular.....	66
3.8. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerine İlişkin Bulgular	69
4. TARTIŞMA	73
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi... 73	
4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	74

4.3. Gebelerin Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	75
4.4. Gebelerin Doğum Beklentilerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	77
4.5. VAS1, VAS2, W-DEQ-B Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi.....	83
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
ÖZET.....	90
SUMMARY	91
KAYNAKLAR	92
EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ	128



SİMGELER ve KISALTMALAR

BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
cm	Santimetre
dk	Dakika
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
hCG	Human Chorionic Gonadotropin
IASP	International Association for the Study of Pain
KKT	Kapı Kontrol Teorisi
ml	Mililitre
NST	Nonstress Test
PaCO ₂	Parsiyel Karbondioksit Basıncı
TDK	Türk Dil Kurumu
TENS	Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	Visual Analog Skala
W-DEQ	WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
W-DEQ-A	WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
W-DEQ-B	WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

ŞEKİLLER

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Çalışmanın Akış Şeması	38
Şekil 3.1. VAS1 Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.....	70
Şekil 3.2. VAS2 Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.....	71
Şekil 3.3. W-DEQ-B Ölçeği'nin Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı.....	72



TABLolarSayfa

Tablo 3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları	48
Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları	51
Tablo 3.3. Gebelerin W-DEQ-B Ölçeği'nin Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 3.4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile VAS1 Değerinin Karşılaştırılması	57
Tablo 3.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile VAS2 Değerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 3.6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile VAS1 Değerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 3.7. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile VAS2 Değerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 3.8. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile W-DEQ-B Değerinin Karşılaştırılması	63
Tablo 3.9. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile W-DEQ-B Değerinin Karşılaştırılması	65
Tablo 3.10. Deney ve Kontrol Grupları ile VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Değerlerinin Karşılaştırılması	66
Tablo 3.11. Deney Grubunda VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	67
Tablo 3.12. Kontrol Grubunda VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	68
Tablo 3.13. W-DEQ-B Puanlarının Grupların Doğum Korkusu Düzeylerine Göre Dağılımı	69

1. GİRİŞ

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın, gebenin yaşadığı fiziksel, psikolojik ve diğer faktörlere bağlı olarak gebelik süreci etkilenmektedir (Daş, 2016; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Sosyal, kültürel, ailesel ve bireysel etmenler de kadının gebeliği algılamasında rol oynamaktadır. Bu nedenle birçok kültürde yaşamın normal bir parçası olarak görülmesine rağmen, gebelikte ve doğumda hem kadında hem de ailesinde durumu kabullenme ve duruma uyum sağlama sürecinde zorluklar yaşanmaktadır (Daş, 2016; Terzioğlu, 2016). Özellikle ilk defa anne-baba olacak olan aile fertleri gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçle ilgili kaygı duymaktadırlar. Anne-baba adaylarının gebeliğe ve aileye gelen yeni bireye alışması zaman almaktadır. Gebeye ve ailesine gebelik sürecinde verilecek destek sayesinde anne ve baba adayları, ebeveynliği öğrenme, sürece uyum sağlama, çeşitli planlamalar ve hazırlıklar yapma imkanı bulmaktadırlar (Okumuş, 2005; Güler ve ark., 2019).

Korku, doğum ağrısının önemli bir etkeni olarak kabul edilmektedir. Primipar gebelerin yeni tanıştığı uterus kasılmalarıyla yaşadıkları korkunun giderek artması, ağrıyı şiddetli bir şekilde hissetmelerine neden olmaktadır (Rathfish, 2018). Korku ve huzursuzluk, gebede strese neden olarak korku-gerilim-ağrı sendromu olarak nitelendirilen döngünün gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Okumuş, 2005; Kömürcü ve ark., 2014). Gebede artan katekolamin seviyesinin uterusu giden kan akımını azaltması sonucunda ağrılı kontraksiyonlar hissedilmektedir. Bu durum doğum sürecini yavaşlatmakta ve fetüsü olumsuz etkilemektedir (Berkiten Ergin, 2014b). Doğumda yaşanan korkunun doğum sürecini baskılamaması için güven ve korku arasındaki ilişkiye sahip çıkılması gerekmektedir. Böylece korku sayesinde dikkat artmakta, güven sayesinde ise kötü düşüncelerden uzaklaşmaktadır. Primipar gebeler doğum sürecindeki bilinmezlik nedeniyle, multipar gebeler ise yanlış gelişebilecek durumlar açısından korku yaşamakta ve telaşa kapılmaktadırlar

(Rathfisch, 2018). Bu süreçte sağlık personellerine gebelerle empatik ilişki kurmak, gebelere bilgi vermek, gebelerin doğuma yönelik beklentilerini karşılamak, gebeliğe uyumu ve vajinal doğumu desteklemek gibi görevler düşmektedir. Ayrıca hemşireler/ebeler tarafından nonfarmakolojik yöntemler eşliğinde gebenin doğum ağrısıyla baş edebilmesini ve bu yöntemlerin uygulanmasını sağlamak, anne-bebek bağlanmasını teşvik etmek gerekmektedir (Gökçe İsbir ve İnci, 2014; Demirsoy ve Aksu, 2015; Doğan Pekince ve Ertem, 2016; Erkek ve Pasinlioğlu, 2016; Arslan Özkan, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğumun kendiliğinden başlamasını, gerekmedikçe müdahale edilmemesini tavsiye etmektedir. DSÖ, doğumda hareket özgürlüğü, sürekli destek olunması, doğumdan sonra anne ve bebeğin birlikteliğinin sağlanması gibi uygulamaların da önemini vurgulamaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Türkiye’de, TNSA 2008 verilerine göre %36,7 olan sezaryen doğum oranının, TNSA 2013’de %48,1’e yükseldiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2017 verilerinde ise sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %53,1, primer sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %25,7 olarak karşımıza çıkmaktadır (TNSA, 2008; TNSA, 2013; Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018). Sezaryen ile gerçekleşen doğum oranlarındaki artışa bağlı olarak, sezaryen doğumun annenin ve bebeğin sağlığı açısından tehlike arz eden durumlarda tercih edilmesinin gerekliliği gündeme gelmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011). Kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında risksiz/ağrısız doğum yapma isteği ve doğum korkusu görülmektedir (Karabulutlu, 2012; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Başar ve Yeşildere Sağlam, 2018). İsteğe bağlı sezaryen oranı, doğum korkusunu azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması, gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanması, gebelikte doğum korkusu hakkında yapılacak görüşmeler sayesinde azaltılmaktadır (Aksoy, 2015).

Doğum eyleminin tüm aşamalarında bulunan hemşireler/ebeler tarafından gebenin doğum ve doğum şekilleri hakkında bilgilendirilmesi, korku ve endişelerinin

belirlenip gebelere yardım edilmesi, vajinal doğumun desteklenmesi, gebelikte oluşturulan doğuma yönelik pozitif düşüncelerin doğum eylemi süresince de devam ettirilmesi gerekmektedir (Kitapçioğlu ve ark., 2008; Kızılırmak, 2011; Karabulutlu, 2012; Dönmez ve ark., 2014; Üst ve Pasinlioğlu, 2015; Aslan, 2016; Başar ve Yeşildere Sağlam, 2018). Doğum esnasında verilen ebe desteğinin kadını vajinal doğuma teşvik ettiği sonuç olarak da vajinal doğum oranının artmasında önemli olduğu belirlenmiştir (Aslan ve Okumuş, 2017). Doğumda destekleyici bakım anne ve fetus sağlığı açısından oldukça önemlidir. Destekleyici bakım, gebelerin doğum korkularını, doğum ağrılarını ve doğum sürelerini azaltarak doğumdan memnuniyet oranını arttırmaktadır (Uludağ ve Mete, 2014). Bu nedenle doğum yapan kadınların yanında doğum desteği konusunda yetenekli ve kararlı hemşirelerin yer alması için her türlü çaba gösterilmelidir (Adams and Bianchi, 2008).

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama egzersizleri) doğum ağrılarına ve doğum beklentisine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

H_{1a}: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H₀₂: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum beklentisi üzerine anlamlı bir etkisi yoktur.

H_{2b}: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum beklentisi üzerine anlamlı bir etkisi vardır.

H₀₃: Travaydaki primipar gebelerde doğum ağrıları ile doğum beklentisi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_{3c}: Travaydaki primipar gebelerde doğum ağrıları ile doğum beklentisi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.1. Gebelik ve Gebeliğin Kadın Üzerindeki Etkileri

1.1.1. Gebelik

Gebelik, döllemeye hazır ovum ve spermin birleşmesi sonucu oluşan embriyonun endometriuma yerleşmesiyle başlayan ve ortalama olarak son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 günlük ya da 40 haftalık süreyi kapsayan fizyolojik bir olaydır (Cemgil Arıkan, 2014; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Özçerezci Güner ve

Kavlak, 2016; Taşkın, 2016a; Taşkın, 2016b). İlk 14 haftayı kapsayan dönem birinci trimestir, 28. haftaya kadarki dönem ikinci trimestir, 29-42 hafta arasındaki dönem üçüncü trimestir olmak üzere üç eşit dönemde ele alınan gebelik, idrarda ve kanda hCG hormonunun varlığı, ultrasonda fetüsün görülmesi ve fetal kalp atışlarının duyulması gibi bulguların varlığıyla kesinleşmektedir (Irani, 2011; Wallace, 2011; Cunningham et al., 2014).

Gebelikte kadın, gelişen fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, vücudunu doğuma ve laktasyona hazırlamak için bir takım hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşamaktadır (Berkiten Ergin, 2014a; Cunningham et al., 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Gebe kadının değerlendirilmesinde bazı terimler kullanılmaktadır. Gravida gebelik sayısını, para ise doğum (ölü veya canlı) sayısını ifade etmektedir. Gravidanın hesaplanmasında süre önemsenmezken, paranın hesaplanmasında ise fetüs ya da fetüslerin yaşama kapasitesine ulaşmış olması gerekmektedir (Irani, 2011). Nulligravida hiç gebe kalmamış, primigravida ilk kez gebe kalmış ve multigravida iki veya daha çok gebe kalmış kadın anlamına gelmektedir. İlk gebeliğini yaşayan veya yaşama kabiliyetine ulaşmış bir fetüs dünyaya getiren kadın primipar, yaşama kabiliyetine ulaşmış iki ya da daha fazla fetüsü dünyaya getiren kadın multipar olarak ifade edilmektedir (Cunningham et al., 2014; Taşkın, 2016c; Dereli Yılmaz, 2017b).

1.1.2. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikteki fizyolojik değişikliklerde, homeostazisin korunması, büyüme ve gelişmenin düzenlenmesi açısından önemli olan hormonların etkisi görülmektedir

(Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Östrojen ve progesteron, düz kas liflerinde ve endometriyumda hipertrofiye ve hiperplaziye neden olmaktadır. Uterus boyutunda büyüme ve duvarında kalınlaşma, serviks, vulva ve vajinanın damarlaşmasında artış ve renginde koyulaşma görölmektedir (Taşkın, 2011; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Yine aynı hormonlar memelerin lob, loböl ve kanal yapısının gelişimini sağlayarak memeleri laktasyona hazırlamaktadır. Memelerde büyüme ve hassaslaşma, areolada koyulaşma mevcuttur (Ürünsak ve Güngör, 2005; Taşkın, 2011; Vine, 2011; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Hormonal etki ile tüm eklem ve bağlarda gevşeme meydana gelmektedir (Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Gebelikte büyüyen uterusu bağlı olarak ağırlık merkezinin öne doğru yer değiştirmesi lomber lordozise yol açmaktadır. Kas iskelet sistemindeki değişiklikler sonucu gebelerde bel ve sırt ağrıları gelişebilmektedir (Ürünsak ve Güngör, 2005; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Cilde olan kan akımının fazlalaşmasına bağlı hiperpigmentasyon ve vasküler değişiklikler görölmektedir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b). Yüzde meydana gelen renk değişimi kloasma (gebelik maskesi) olarak isimlendirilirken, simfisis pubisten umblikusa kadarki alanda oluşan koyu renkli çizgiye ise linea nigra denilmektedir. Karın duvarı gergin, ince ve parlak bir görünüm almakta ve karın bölgesinde, memelerde, kalçalarda çatlaklar oluşabilmektedir (Ürünsak ve Güngör, 2005; Vine, 2011; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Gebelikte, fetüsey yeterli kan akımı sağlanması için kardiovasküler sistemde önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm vücut sıvılarında, kan volümünde ve bazal metabolizma hızında artış söz konusudur. Oksijen gereksiniminin, kan volümünün ve vaskülaritenin artmasına bağlı olarak kardiyak output ve nabız hızı da artmaktadır (Birsner and Graham, 2011; Edwardson and Hueppchen, 2011; Taşkın, 2011; Biricik ve Ünlügenç, 2014; Cunningham et al., 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b). Büyüyen uterusun vena kava inferiora ve büyük venlere baskı yapması sonucu venöz dolaşım engellenerek kalbe geri dönen kan miktarında azalma ve kan basıncında düşme görülebilmektedir. Bu durum supin hipotansif sendrom olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenle gebelerin sırtüstü pozisyondan kaçınması, sol yan pozisyonda uyuması ve dinlenmesi önerilmektedir (Edwardson and Hueppchen, 2011; Vine, 2011; Biricik ve Ünlügenç, 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Gebelikte hücre sayısının artmasına paralel olarak, metabolizma hızı ve oksijen ihtiyacı da artmaktadır. Bu durum solunum sayısındaki artışa sebep olmaktadır (Taşkın, 2011; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b). Burun mukozasında gelişen ödem nedeniyle yaşanabilecek burun tıkanıklığına ilaveten uterusun diafragmaya olan baskısı gebede solunum sıkıntısı oluşturabilmektedir (Biricik ve Ünlügenç, 2014; Mete, 2014; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Büyüyen uterusun baskısı ve progesteronun relaksasyon etkisi ile mide ve bağırsaklarda motilite azalması sonucunda mide ve bağırsakların boşalma zamanı uzamaktadır. Kalın bağırsaklarda azalmış motilite konstipasyona neden olmaktadır. Hormonların etkisiyle özofagial sfinkterde gelişen dilatasyon sonucunda gastrik reflü gelişebilmektedir (Ürünsak ve Güngör, 2005; Taşkın, 2011; Vine, 2011; Biricik ve Ünlügenç, 2014; Cunningham et al., 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Ayrıca hormonların etkisiyle diş etlerinde gelişen ödem ve hiperemi, gingivitis ve kanamaya sebep olmaktadır (Cunningham et

al., 2014; Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Büyüyen uterusun mesaneye yaptığı baskıya bağlı olarak sık idrara çıkma görülmektedir (Mete, 2014; Taşkın, 2016b). Progesteronun düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisine bağlı olarak artan mesane kapasitesi ve azalan peristaltik hareketler, idrar stazına neden olmaktadır. Bu durum enfeksiyon riskini arttırmaktadır (Taşkın, 2011; Vine, 2011; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

Gebenin yağ ve protein depolaması, vücut sıvılarının artması, anneye ait organların ve fetüsün büyümesi gebede kilo artışına neden olmaktadır (Saygılı Yılmaz ve Onbaşıoğlu, 2005; Cunningham et al., 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

1.1.3. Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler

Kadın, gebeliği kabullenmenin yanı sıra beraberinde gelen annelik rolünü de benimsemeye çalışmaktadır (Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Bazı kadınlar için mutluluk verici olan gebelik süreci bazıları için ise üzüntüye sebep olabilmektedir. Yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, yaşam felsefesi, kültür, sosyo-ekonomik durum, aile içi ilişkiler, görev ve sorumluluk anlayışı, önceki gebelik ve yaşam deneyimleri, gebeliğin planlanma durumu, beden imajı, çocuk sayısı gibi faktörler kadının gebeliğe olan tepkisini etkilemektedir (Doğan Pekince ve Ertem, 2016; Taşkın, 2016b). İlk trimestırda ambivalan duygular yaşıyan gebe, ikinci trimestırda kabullenme sürecine girmektedir. Bu dönemde gebe, bebeğiyle ilgili bilgileri öğrenmeye ve başka gebelerle iletişim kurmaya çalışmaktadır (Mete,

2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a). Üçüncü trimestırda gebedeki fiziksel değişikliklerin artmasına bağlı olarak uyum güçlüğü yaşama ve kendini kötü hissetme durumu görölmektedir. Bebeğinin sağlığıyla ve annelik rolüyle ilgili endişeler yaşamaktadır. Gebelikten sıkılmaya başlayan annede doğum korkusu gelişmektedir (Mete, 2014; Gümüşsoy ve Kavlak, 2016; Taşkın, 2016b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a).

1.2. Doğum Eylemi

1.2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi

Üreme sürecinin bir sonucu olan doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin efasman ve dilatasyonu ile büyümesi ve gelişimi tamamlanan fetüsün ve gebelik ürünlerinin doğum kanalından geçerek vücut dışına atıldığı fizyolojik bir olay olarak tanımlanmaktadır (Okumuş, 2005; Hayes, 2011; Berkiten Ergin, 2014a; Cemgil Arıkan, 2014; Cunningham et al., 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016).

Doğum eylemini temelde etkileyen dört ana faktör bulunmaktadır. Bunlar; kemik pelvis ve pelvik yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalı, fetüs, fetüsün doğum yolunda ilerlemesini sağlayan ve doğum eylemini gerçekleştiren güçler ile gebenin psikososyal durumu olarak nitelendirilmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz 2017a; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

1.2.2. Doğum Eylemi ve Hormonlar

Hipofizin arka lobundan salgılanan oksitosinin, uterusu kontraksiyon oluşturmak ve süt salınımını uyarmak gibi etkileri bulunmaktadır (Vine, 2011; THSK, 2014; Vural, 2016; Çoker, 2017; Dereli Yılmaz, 2017a; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Doğum anında en üst seviyeye ulaşan oksitosin hormonu anne ve bebek bağlanmasını destekleyerek, doğum sonu dönemde kontraksiyonlar sayesinde plasentanın kolay atılmasını ve kanamanın durdurulmasını etkilemektedir (Cunningham et al., 2014; Kömürçü ve ark., 2014; THSK, 2014; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Sessiz ve loş ortamlar oksitosin salınımını arttırmaktadır. Oksitosini sevgi hormonu olarak isimlendiren Michel Odent, sevginin olduğu her yerde oksitosinin de var olduğunu belirtmektedir (THSK, 2014; Çoker, 2017; Dereli Yılmaz, 2017a; Rathfisch, 2018).

Doğum süreci ilerledikçe, doğal bir ağrı kesici olan ve mutluluk hormonu olarak adlandırılan beta-endorfin hormonu devreye girmektedir (Kömürçü ve ark., 2014; THSK, 2014; Çoker, 2017; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Stres ve ağrı gibi durumlarda, ağrıya olan algıyı azaltmak amacıyla hipofizden endorfin salgılanmaktadır (Cunningham et al., 2014; Dereli Yılmaz, 2017a; Rathfisch, 2018). Travayda artışa geçen endorfin hormonu, doğum anında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (Dereli Yılmaz, 2017a).

Doğumda etkili bir başka hormon grubu olan katekolaminler, savaş ya da kaç hormonu olarak adlandırılan adrenalin ve noradrenalin, stres, korku, anksiyete ve heyecan anında böbreküstü bezlerden salınımlarıdır (Kömürçü ve ark., 2014; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Doğumun başında korku ve anksiyete nedeniyle artan katekolaminler, oksitosin salınımını baskılayarak doğumun ilerlemesini engellemenin yanı sıra hissedilen ağrı algısının artışına da neden olmaktadır (Cunningham et al., 2014; Dereli Yılmaz, 2017a; Rathfisch, 2018).

Doğumun ikinci evresinde ise, artan ve fetüsü itme refleksinde sorumlu kabul edilen katekolaminler sayesinde, anneye ve bebeğe enerji sağlanmakta ve etkili ıkınmalar ile doğum gerçekleşmektedir (THSK, 2014; Çoker, 2017; Dereli Yılmaz, 2017a; Rathfisch, 2018; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

1.2.3. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

Doğum eylemini başlatan etken tam olarak bilinmemesine rağmen, araştırmalara göre birden fazla faktörün etkili olduğu düşünölmektedir. Bunlar; uterusun gerilme teorisi, hormonal uyarı ve myometrial aktivitedir (Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b). Doğumun başlamasında etkili olduğu düşünölen bu faktörlerin yanı sıra doğum eyleminin yakın zamanda başlayacağını gösteren öncü belirtiler şu şekilde sıralanmaktadır:

Hafifleme: Eylemin başlamasından 3-4 hafta önce fetüs başının gerçek pelvise/doğum kanalına yerleşmesine bağlı olarak uterusun aşağı doğru inmesi diyafragmaya olan baskıyı ortadan kaldıracaktır. Bu durum annenin solunum sıkıntısını gidererek rahatlamasını ve hafiflemesini sağlayacaktır (Cemgil Arıkan, 2014; Okumuş, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Silinme: Uterus kaslarının kasılması servikal silinmeyi başlatmaktadır (Vural, 2016; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Kasılmaların etkisiyle internal os'un yakınındaki kas lifleri uterusun alt segmentine, yanlara doğru çekilmektedir. Bunun sonucunda servikal kanal uzunluğunu kaybederek incelmektedir. Yüzde olarak ifade edilen silinme, rahim ağzının doğum için ne kadar hazır olduğunu da göstermektedir

(Aguirre and Chou, 2011; Hayes, 2011; Cemgil Arıkan, 2014; Okumuş, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Dilatasyon: Serviksin silinmesi sonrası başlayan dilatasyona, amniyotik mayinin ve fetüsün prezante olan kısmının yaptığı baskı neden olmaktadır. Serviksin eksternal os etrafındaki kas liflerinin kasılmalarla yanlara doğru çekilmesi sonucunda servikal kanal 10 cm'lik bir açıklığa ulaşmaktadır (Aguirre and Chou, 2011; Hayes, 2011; Okumuş, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Nişane: Gebelik boyunca oluşan servikal sekresyonlar servikal kanalı tıkamaktadır. Silinme ve dilatasyonla beraber, nişane denilen pembemsi bu müköz tıkaç dışarı atılmaktadır. Genellikle, doğum eyleminin başladığını gösteren önemli bir bulgu olan nişanenin atılmasından 24-48 saat sonra eylem gerçekleşmektedir (Cemgil Arıkan, 2014; Okumuş, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Membranların açılması: Uterus içi basıncının artmasına bağlı olarak amniyotik mayi içeren ve fetüsü saran fetal membranlar eylemden önce veya eylem sırasında kendiliğinden açılmaktadır. Bazen doğumu yaptıran ebe ya da doktor, doğumun başlamasına rağmen açılmayan amniyon kesesine müdahale ederek suyun gelmesini sağlamaktadır (Okumuş, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b). Membranların açılmasını takiben 12-24 saat içinde eylemin spontan olarak başlaması beklenmektedir. Bu süre zarfında eylem kendiliğinden başlamamış ise termdeki gebeliklerde enfeksiyonu önlemek amaçlı eylemin başlatılması gerekmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Ani enerji yüklenmesi: Adrenalin artışına bağlı oluşmaktadır (Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

Bel ve sırt ağrısı: Relaksin hormonunun pelvik eklemler üzerindeki etkisinin yanında uterusun alt segmenti ile serviksteeki gerilmeye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Cemgil Arıkan, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

İshal, bulantı-kusma gibi sindirim sorunları: Nedeni bilinmemekle birlikte doğum eyleminin başlangıcından hemen önce, servikal dilatasyonla birlikte görülebilmektedir (Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b).

Kilo kaybı: İştahta azalma ve sıvı kaybına bağlı olarak gelişen kilo kaybının, düşen progesteron seviyesinden kaynaklandığı düşünölmektedir (Cemgil Arıkan, 2014; Okumuş, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b).

Braxton Hicks Kontraksiyonları/Yalancı Doğum Ağrıları: Genellikle doğumdan önceki hafta görölmeye başlayan, düzensiz ve kısa süreli olan, ayrıca servikste efasmana ve dilatasyona yol açmayan bu kasılmalar karın bölgesinde ağrı olarak hissedilmektedir (Hayes, 2011; Cunningham et al., 2014; Cemgil Arıkan, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Braxton Hicks kontraksiyonlarının gerçek doğum ağrıları ile karıştırılmaması için gebenin doğum öncesi dönemde, gerçek ve yalancı doğum ağrıları arasındaki fark açısından bilgilendirilmesi gerekmektedir (Okumuş, 2014; Vural, 2016). Başlangıçta hafif, zamanla şiddeti ve süresi artan, düzenli aralıklarla gelen ağrılar düzenli uterus kontraksiyonları/gerçek doğum ağrıları olarak nitelendirilmektedir. Eylemin başında 20-30 dakikada bir olan kontraksiyonlar, eylemin sonlarında 2-3 dakikada bir gerçekleşmektedir. Yürümekle

şiddeti artan, sırtta ve karnın önünde hissedilen ağrı, servikal efasmana ve dilatasyona neden olmaktadır (Demir, 2005; Hayes, 2011; Cemgil Arıkan, 2014; Okumuş, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b).

1.2.4. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi dört evrede gerçekleşmektedir.

Birinci Evre

Gerçek doğum ağrıları ile başlayan, serviksin efasman ve dilatasyonu ile tamamlanan süreci içermektedir. En uzun evre olarak kabul edilen birinci evre latent, aktif ve geçiş fazlarından oluşmaktadır (Aguirre and Chou, 2011; Berkiten Ergin, 2014a; Cemgil Arıkan, 2014; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017b).

Latent faz; orta şiddetli, düzenli uterus kontraksiyonlarının oluşması ile başlayan bu faz, servikal efasman tamamlandığında ve dilatasyon 3 cm'e ulaştığında sona ermektedir (Aguirre and Chou, 2011; Cunningham et al., 2014). Bu fazda servikal değişiklikler yavaş ve kademeli olarak ilerlerken, kontraksiyonlar ise daha düzenli, etkili ve güçlü bir hal almaktadır (Cemgil Arıkan, 2014; Dereli Yılmaz, 2017b). Başlangıçta 10-20 dakikada bir gelen ve 15-20 saniye süren kontraksiyonlar fazın sonlarında, 5-7 dakika sıklıkta ve 30-40 saniye sürede meydana gelmektedir. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda ise 4 saat sürmektedir. Bu sürenin üst sınırları nulliparlar için 20 saat, multiparlar için 14 saattir (Okumuş, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Rathfisch, 2018).

Aktif faz; Servikal dilatasyonun 4-7 cm arasında olduğu, kontraksiyonların 3-5 dk aralıklarla gelip, 40-60 saniye sürdüğü fazdır. Kontraksiyonlar bel, kasık ve üst bacağıın iç kısmında hissedilmektedir. Fetüs doğum kanalında ilerlemektedir (Okumuş, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Rathfisch, 2018). Nişanenin atılması ve membranların rüptürü bu aşamada gerçekleşmektedir. Aktif faz nulliplarlarda ortalama 3 saat, multiparlarda 2 saat sürmektedir. Bu sürenin üst sınırları nulliplarlar için 12 saat, multiparlalar için 6 saattir (Cemgil Arıkan, 2014; Vural, 2016).

Geçiş fazı; Servikal dilatasyonun 10 cm'e ulaşarak tamamlandığı bu fazda, kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelmekte ve 60-90 saniye sürmektedir. Fetüs hızla doğum kanalından aşağıya indiği için pelvis tabanına doğru baskı hissedilmektedir (Demir, 2005; Dereli Yılmaz, 2017b). Kontraksiyonların gücünün ve yoğunluğunun arttığı bu faz, gebenin endişesini ve huzursuzluğunu da arttırmaktadır. Ayrıca gebede yorgunluk, terleme, hiperventilasyon, öfke, konuşulanları anlama güçlüğü, bulantı, kusma, hıçkırık görülebilmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016).

İkinci Evre

Serviksin efasman ve dilatasyonunu tamamlaması ile başlayan bu evre, bebeğin doğumu ile sonlanmaktadır (Aguirre and Chou, 2011; Hayes, 2011; Cunningham et al., 2014). Nulliplarlarda 30 dakika-3 saat, multiparlarda 5-30 dakika arasında gerçekleşmektedir. Bu evrede kontraksiyonlar, 1-2 dakika sıklıkla gelmekte ve 60-90 saniye sürmektedir. Fetüsün pasif inişi söz konusudur, fetal baş perineye ulaştığında rektuma olan baskıdan dolayı ıkınma hissi kendiliğinden gelişmektedir ve gebe itme gereksinimi hissetmektedir. Bu evrede ıkınma çoğu kez refleks olarak başlamaktadır (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Dereli Yılmaz, 2017c; Yücel, 2018). Gebenin doğru ıkınma ile bebeğini aşağıya doğru itmesi gerekmektedir. ıkınmada, derin bir nefes aldıktan sonra nefesin tutulması ve bütün gücün bebeğin itilmesinde

kullanılması amaçlanmaktadır. Fetal başın vajinal açıklığa ulaşmasını takiben, kontraksiyonlar sayesinde önce baş sonra sırasıyla üst omuz, alt omuz ve tüm vücudun doğumu gerçekleşmektedir (Demir, 2005; Berkiten Ergin, 2014a; Okumuş, 2014; Vural, 2016).

Üçüncü Evre

Bebeğin doğumu ile başlamakta, plasentanın atılması ile sonlanmaktadır. Plasental evre olarak da adlandırılan bu evrede plasentanın atılması 5-30 dakika arasında gerçekleşmektedir (Aguirre and Chou, 2011; Hayes, 2011; Vural, 2016). Doğumdan 3-5 dakika sonra başlayan kontraksiyonlar, plasenta ve membranlar ayrılıncaya kadar devam etmektedir. Ayrılan plasenta, zar ve kotiledon kaybı açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca annenin vulvası sıyrık ve yırtık açısından gözlenmeli ve varsa epizyotomi tamiri yapılmalıdır (Berkiten Ergin, 2014a; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Dereli Yılmaz, 2017c; Yücel, 2018).

Dördüncü Evre

Plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik süreyi kapsamaktadır. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu normale dönmeye başlamaktadır (Aguirre and Chou, 2011). Doğum sırasında ortalama 250-500 ml kan kaybı olduğundan annenin kan basıncında azalma ve annede taşikardi, fiziksel yorgunluğa bağlı üşüme ve titreme görülebilmektedir. Bu evre, emzirmeye başlamak ve anne-bebek bağlanmasını sağlamak açısından önemli kabul edilmektedir. Kanama, doğum sonu dönemin ciddi komplikasyonları arasında yer aldığından, anne, kanama ve uterus involüsyonu yönünden takip edilmelidir. Oksitosin türevi ilaçlar, fundus masajı ve emzirme, uterus atonisinin gelişmesini önlemekte ve involüsyon sürecini hızlandırmaktadır (Purcell and Bienstock, 2011; Berkiten Ergin, 2014a; Akan, 2016;

Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016; Dereli Yılmaz, 2017d). Doğum sonundaki önemli komplikasyonlardan bir diğeri ise enfeksiyondur. Ateş, ağrı, bulantı, kusma, kötü kokulu loşia, epizyotomi ya da laserasyon bölgesinde eritem, ödem, hassasiyet ve lokal ısı artışı gibi belirtiler enfeksiyon belirtileri olarak nitelendirilmektedir. Enfeksiyonun gelişmemesi için annenin perine temizliğini uygun şekilde yapması, sık sık ped değiştirmesi, el yıkama alışkanlığının kazandırılması gerekmektedir (Aluş Tokat, 2014; Akan, 2016; Dereli Yılmaz, 2017d; Demirgöz Bal, 2017b).

1.3. Doğum Eyleminde Ağrı

1.3.1. Ağrı

Türk Dil Kurumu (TDK) ağrıyı, bedenin herhangi bir yerinde duyumsanan şiddetli acı olarak tanımlamaktadır. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği (IASP: International Association for the Study of Pain)'ne göre ise ağrı, gerçek veya olası doku hasarına eşlik eden ya da böyle bir hasar süresince tariflenen, duyuşsal ve emosyonel bir tecrübe olarak kabul edilmektedir (Berkiten Ergin, 2014b). Ayrıca ağrının, bireysel olarak hem kendini korumak hem de tehlikeli bir durumdan kaçmakla ilişkili kas aktivitesinin bir sonucu olduğu için koruyuculuk gibi bir biyolojik amaca sahipliği de söz konusudur (Rathfisch, 2018). Ağrı, bedenin uyarı karşısında gösterdiği savunma mekanizmasıdır, bu yüzden ağrıyı vücut için koruyucu bir mekanizma olarak düşünmek gerekmektedir (Berkiten Ergin, 2014b).

Ağrı, algısal, duyuşsal ve sosyal özelliklere sahip, kültürel, dinsel, çevresel, bireysel faktörlere bağlı olarak değişebilen, karmaşık, hoş olmayan ve kişisel bir

durumdur, ağrının tanımlanması oldukça zordur (Berkiten Ergin, 2014b; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Yücel, 2014). İnsanlar ağrıyı anlamaya ve açıklamaya çalışmakta, ağrıdan kurtulmanın yollarını aramaktadırlar. Ağrı, hastaları sağlık profesyonellerinden yardım almaya yönelten en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Eti Aslan, 2014a).

1.3.2. Ağrı Teorileri

Kapı kontrol teorisi (KKT):

1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen bu teori ile ağrı sürecinde merkezi sinir sisteminin rolü önem kazanmaktadır. Kapı kontrol teorisine göre ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlanmaktadır. Ağrı geçişini sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları kontrol etmektedir. Spinal kordun dorsal boynuzu kapı görevi görmektedir ve sinir impulslarının periferden santral sinir sistemine ulaşp ulaşmaması bu kapı yoluyla olmaktadır (Eti Aslan, 2014b; Berkiten Ergin, 2017). Kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşmakta ve ağrı hissedilmektedir. Kapı kapalı ise, uyarılar bilinç düzeyine ulaşmayacağından ağrı hissedilmemektedir. Masaj, müzik, bası noktalarına basınç uygulama, dokunma, hayal kurma gibi tekniklerin spinal kordda bulunan kapıyı kapatıp ağrı sinyallerinin beyne ulaşmasını engelledikleri ve bu yolla ağrı algısını azalttıkları düşünülmektedir (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014b; Vural, 2016; Berkiten Ergin, 2017).

Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan yönleri şu şekildedir:

- Deri uyarısı ağrıyı giderebilir
- Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir
- Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir (Eti Aslan, 2014b; Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014b; Vural, 2016).

Endorfin teorileri:

1970'lerin ortalarında, "endorfin" adı verilen, vücut tarafından salgılanan, opioidlere benzer maddeler tanımlanmıştır. Endorfin, endojen ve morfin kelimelerinin birleşiminden oluşan, içinde morfin olan anlamına gelmektedir. Beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki opioid reseptörlerde tutulan endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke ederek uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemektedirler (Eti Aslan, 2014b). Endorfinlerin ağrı dozunu değiştirmede, kendini iyi hissetme duygusunu uyandırmada, zaman ve yer kavramının farkındalığının değişiminde etkileri söz konusudur. Ayrıca endorfinler, vücudumuz aşırı strese maruz kaldığında oluşan fiziksel durumlardan da sorumlu tutulmaktadır (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014b).

Endorfin teorilerinin, ağrının anlaşılması ve giderilmesine katkı sağlayan bir takım yönleri mevcuttur. Endorfinler doğal maddeler olduğundan opioidlere göre yan etkileri az, yararları çoktur. Bu nedenle hastanın kendi endorfinlerini arttıracak çalışmalara yönelmesinin faydaları üzerinde durulmaktadır (Eti Aslan, 2014b). Masaj, egzersiz, stres, ağrı, travma, TENS ve akupunktur gibi deri uyarımları endorfin yapımını etkileyerek ağrı kontrolüne yardımcı olmaktadır. Endorfin teorileri, ağrı algılaması ve analjezi ihtiyacının kişiden kişiye değişiklik gösterdiğinin belirlenmesine, ağrının algılanmasıyla ilgili kimyasal maddelerin tariflenmesine ve ağrı iletisinin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014b).

İnteraktif ağrı modeli:

Ağrısı olan ve ona tepki gösteren hastalar aile, kültür, bakım sistemi gibi sosyal sistemlerin içinde yer almaktadırlar. Bu sistemler ağrının yorumlanmasında, ifade edilmesinde ve giderilmesinde yapılacaklar konusunda söz sahibi olmaktadır. Sosyal sistemler hastanın ve bakım verenlerin davranışlarını düzenlerken, önemli bir biçimde de ağrının giderilmesini etkilemektedirler (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014b).

1.3.3. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı şiddetli, akut bir ağrıdır, doğuma özgüdür ve bebeğin doğuma hazır olduğunu göstermektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Doğum ağrısı fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin yanı sıra sosyo-kültürel ve geçmiş deneyimlerden de etkilenmektedir. Gebelerin ağrıya olan dayanma gücünün, tepkilerinin ve davranışlarının kişiden kişiye farklılık göstereceği göz önüne alınarak ağrıyı bireysel olarak değerlendirmek gerekmektedir (Colón Guzmán and Murphy, 2011; Cunningham et al., 2014; Vural, 2016; Berkiten Ergin, 2017). Ağrıyı algılama derecesi gebeden gebeye, aynı gebenin farklı doğumlarında veya aynı doğum eyleminin farklı evrelerinde değişiklik gösterebilmektedir. Gebenin doğum ağrılarına verdiği fizyolojik tepkiler, maternal-fetal iyilik halini ve doğumun ilerlemesini etkilemektedir (Cemgil Arıkan, 2014; Rathfisch, 2018).

Doğum ağrısı iki temel bileşenden oluşmaktadır. Ağrı, fizyolojik olarak duyuşal sınırlar tarafından algılanıp beyne aktarılmaktadır. Psikolojik olarak ise acıyı hissedip ağrı olarak yorumlamak ve tepki vermek söz konusudur (Berkiten Ergin, 2014b). Doğum ağrısı normal bir sürecin parçası sayılmaktadır. Hazırlık dönemi

olarak bilinen bu süreçte ağrı ile baş etme becerileri kazanılmaktadır. Bu dönemde ağrı kesik kesiktir, dinlenme dönemleri mevcuttur ve bebeğin doğumu ile sonlanmaktadır (Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

Doğum sürecinde gebenin baş edemeyeceği aşırı ağrı, gebede korku ve anksiyeteye yol açarak sempatik sinir sisteminin uyarılmasına ve katekolaminlerin salgılanmasında artışa neden olmaktadır (Biricik ve Ünlügenç, 2014; Vural, 2016). Katekolaminler, kan damarlarını ve uterus kaslarını etkilemektedirler. Uterus ve plasentaya giden kan akımının azalması, fetüse giden oksijen miktarının azalmasına ve atık ürünlerin ortadan kaldırılamamasına sebep olmaktadır. Ağrı ve anksiyeteye bağlı artan kas gerginliği sonucunda uterus kasılmalarının etkinliğinin azalması ise doğumun uzamasına yol açmaktadır (Berkiten Ergin, 2014b; Cunningham et al., 2014; Rathfisch, 2018).

Ağrı, anksiyete ve oksijen ihtiyacındaki artış sonucunda gebede hiperventilasyon görülmektedir. Bu durumda PaCO₂ seviyesindeki düşüğe bağlı olarak solunum alkolozu gelişmektedir. Alkolozisin devam etmesi fetal oksijenizasyonda bozulmaya ve fetal hipoksiye neden olmaktadır (Birsner and Graham, 2011; Cunningham et al., 2014; Vural, 2016; Berkiten Ergin, 2017).

1.3.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

Doğum eylemi sırasındaki ağrı uterus kontraksiyonları ile ilgilidir. Kontraksiyonlar ile başlayan ağrı, kasılmalar en uç noktaya geldiğinde şiddetlenmekte, uterusun gevşemesiyle de sona ermektedir (Cemgil Arıkan, 2014).

Eylemin birinci evresinde ağrı, kontraksiyonlar sırasında uterusu oluşan hipoksi, serviks dilatasyonu, uterusun alt segmentindeki gerilme ve uterusun etrafında yer alan pelvik yapılarıdaki baskı ve çekilme nedeniyle oluşmaktadır (Biricik ve Ünlügenç, 2014; Cemgil Arıkan, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Bu evrede ağrı, iyi lokalize olmayan, yavaş başlayan ve başka bölgelere yayılan visseral ağrı olarak şekillenmektedir. Serviks ve uterusu kaynaklanan ağrılar 10., 11., 12. torasik ve 1. lomber sinir uçları ile santral sisteme ulaşmaktadır. Bu ağrı karın duvarının alt bölgesinde, lomber bölgede ve sakrum üzerinde hissedilmekte ve ağrının şiddeti serviks genişledikçe artmaktadır (Colón Guzmán and Murphy, 2011; Berkiten Ergin, 2014b; Cunningham et al., 2014; Eti Aslan ve Uslu, 2014; Vural, 2016).

Eylemin ikinci evresinde uterus kaslarında oluşan hipoksi, fetüsün perineye olan baskısı, vajen, perine ve çevre dokulardaki genişleme nedeniyle oluşan ağrı, keskin, yanıcı ve iyi lokalize olan somatik ağrı olarak nitelendirilmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016). Perinenin motor ve duysal liflerinin pudental sinir aracılığı ile sakral 2, 3 ve 4 seviyesinden santral sisteme ulaşması ile ağrı algılanmaktadır (Colón Guzmán and Murphy, 2011; Berkiten Ergin, 2014b; Cunningham et al., 2014; Eti Aslan ve Uslu, 2014).

Doğumun üçüncü evresinde ağrı, uterus kontraksiyonlarından ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyondan kaynaklanmaktadır (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Vural, 2016).

1.4. Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemler ve Ebe/Hemşire Desteği

Doğum eylemi fiziksel ve psikolojik açıdan stres yaratan bir süreç olduğu için doğum ağrısına endişe ve korku eşlik etmektedir. Gebeler çoğunlukla doğum sırasında yaşayacakları ağrının sebep olacağı rahatsızlıktan korktukları için bu ağrıya başa çıkmanın yollarını aramaktadırlar (Berkiten Ergin, 2014b). Gebelerin büyük bir kısmı doğumda yaşayacağı ağrıdan dolayı korku yaşamaktadır (Çalık, 2010; Sever, 2011). Bilgisizlik, endişe, destek eksikliği ve korku doğum ağrısının hissedilme derecesini arttırmaktadır (Mamuk ve Davas, 2010). Doğum sürecinde gebenin rahat hissetmesi, doğum ağrısı algılarının azaltılması, kendine güveninin ve doğumdan memnuniyetinin artması açısından, gebenin desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi önem kazanmaktadır. Sağlık personellerine, gebelerin doğumla ilgili korkularını ve anksiyetelerini azaltarak onları doğuma hazırlamaları konusunda önemli görevler düşmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017; Lizuka et al., 2018; Yılmaz, 2019).

Doğumdaki ağrıya baş etmede kullanılacak pahalı olmayan, güvenilir, kolay ve yan etkileri bulunmayan nonfarmakolojik yöntemler ile gebelere doğum öncesi eğitim verilerek gebelerin doğum ağrıları azaltılmaktadır (Berkiten Ergin, 2017; Yılmaz, 2019). Sonuç olarak gebeler pozitif doğum yaklaşımı kazanmaktadırlar. Stresin hafifletilmesinde ve gevşemenin arttırılmasında etkili olan bu yöntemler ile gebe kadın doğum sürecini kendi kontrol ederek, yaşadığı doğumu sahiplenmekte ve aktif doğum eylemi gerçekleşmektedir. Bu açıdan gebelerin nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgilendirilmeleri, ebeler/hemşirelere tercih ettikleri gevşeme ve ağrı giderme yöntemlerini iletmeleri, uygulamalara aktif olarak katılmaları önem kazanmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017).

Nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin kanıt düzeyi yüksek çalışmaların ortak sonuçları, bu yöntemlerin gebelerin doğum korkusu ile baş etmelerine yardımcı oldukları, anneleri rahatlatarak ağrı algısını azalttıkları ve annenin memnuniyet düzeyini arttırdıkları yönündedir. Literatüre bakıldığında masaj, sıcak/soğuk uygulama, ekspresif dokunma gibi yöntemlerin doğum ağrısıyla başa çıkmada etkili ve kullanılabilirliklerinin güvenli olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca nonfarmakolojik yöntemler arasında oldukça yaygın olan masajın doğum ağrısıyla baş etmede kullanılması ile doğum ağrısına bağlı korku nedeniyle tercih edilen sezaryen doğumların da azalacağı düşünülmüştür (Erenoğlu, 2013; Gönenç, 2013; İpek, 2014; Tektaş ve ark., 2017; Türkmen, 2017).

1.4.1. Nonfarmakolojik Yöntemler

1.4.1.1. Odaklanma-Dikkati Başka Yöne Çekme-Dikkat Dağıtma

Dikkat ağrıya yöneltildiği zaman ağrının şiddeti artmaktadır. Dikkati başka yöne çekme tekniği, dikkatin ağrıdan başka bir uyaranda odaklanmasını sağlamaktadır. Bu yöntem ağrı algısını azaltarak, ağrıyı daha dayanılır hale getirmekte ve kişinin kendi kontrol duygusunu geliştirmesini sağlamaktadır (Çelik ve Toksöz, 2005; Yavuz, 2014; Vural, 2016). Ağrı süresince dikkatini bir noktaya odaklayarak ya da önceden belirlediği bir objeyi düşünerek ağrı hissinden uzaklaşmayı başaran gebe, doğum ağrısıyla baş etme becerisini kazanmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

1.4.1.2. Hayal Kurma

Gebenin hoş bir şey düşünerek gevşemesini sağlayan bir teknik olan hayal kurma ile rahim ağzının açılması kolaylaşmaktadır. Bu teknik vücuttaki oksitosin ve endorfin hormonlarının üretimini arttırırken doğumun ilerlemesini engelleyen hormonların üretimini durdurmaktadır (Yavuz, 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Rathfisch, 2018).

1.4.1.3. Dokunma ve Masaj

Doğum sırasında gevşemeyi sağlamak ve ağrıyı azaltmak amacıyla vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak, elle yapılan bir işlem olan masaj uygulaması kan dolaşımını arttırmakta ve kas spazmını çözerek hipoksiyi azaltmaktadır (Boz ve Teskereci, 2016; Yılmaz, 2019). Sinir sistemini uyaran masaj, endorfin salgılanmasına neden olarak kadının kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Masajın ağrı kontrolündeki etkinliği KKT'ye göre açıklanmaktadır. Buna göre masaj, dokunma duyusunu taşıyan kalın çaplı lifleri uyatarak, ağrıyı taşıyan küçük çaplı lifleri engellemektedir. Dokunma uyararı kalın sinirlerle ve hızlı iletildiğinden, bu uyararı ile dolan sinir iletimi kapısı ağrı iletimine kapanmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; THSK, 2014; Yavuz, 2014; Yücel, 2018). Sırta, omuzlara, karın bölgesine, kollara ve bacaklara yapılan masaj, kadının gevşemesine ve rahatlamasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca kadının elini tutmak, saçlarına ve bedenine dokunmak, sarılmak olarak örneklendirilebilecek dokunuşlar kişiye kendini güvende hissettirmektedir (Kömürcü ve ark., 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Rathfisch, 2018; Yılmaz, 2019).

Masaj ve sıcak uygulama yöntemleri doğum ağrısını hafifletmekte, doğumun süresini kısaltmakta ve anksiyeteyi azaltarak doğumdan memnuniyet düzeyini arttırmaktadır. Bu yöntemlerin basit, ekonomik ve güvenli olması nedeniyle, kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir (Gönenç, 2013; İpek, 2014).

1.4.1.4. Efloraj ve Sakral Basınç

Efloraj, deri üzerine sıvazlama biçiminde ve az basınç ile uygulanan, sakinleştirici etkisi bulunan hareketlerdir. Kasılmalarla eş zamanlı karna yapılan hafif dokunuşlarla rahatlamayı sağlayan efloraj, ağrılar sırasında kadının dikkatini dağıtmak ve kasılmalara yoğunlaşmasını engellemek için kullanılmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Boz ve Teskereci, 2016; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017).

Sakral basınç, elin topuğu ya da tenis topu gibi sert bir cisim kullanılarak, fetal oksipital kemiğin sakruma yaptığı basıncın şiddetini karşılayacak şekilde bir kuvvet ile sakruma basınç uygulanması tekniğidir (THSK, 2014; Berkiten Ergin, 2017; Yılmaz, 2019). Bu uygulama ile fetal oksiputun sebep olduğu sakroiliak bağ dokularındaki gerilmeyi azaltmak ve sırtın alt bölgesindeki ağrıya karşı dayanma gücünü arttırmak amaçlanmaktadır. Sakral basınç ağrının başlaması ile uygulanmakta, ağrı kesilince uygulama sonlandırılmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014).

1.4.1.5. Solunum Teknikleri

Solunum teknikleri ile ağrı algıları ve korkuları azalan gebeler, ağrıyı daha kolay kontrol edebilmektedir (Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Rathfisch, 2018; Yılmaz, 2019). Nefes egzersizleri sayesinde uterus fonksiyonlarının etkinliğinin artması ve kontraksiyonların nefesle geçirilmesi amaçlanmaktadır. Kasılmaların derin ve rahat bir nefesle karşılanması ve uzaklaştırılması gerekmektedir. Solunum egzersizleri ile anne ve fetüs için yeterli oksijen sağlanmaktadır. Hızlı nefes alıp vermeler gebede yorgunluğa ve tükendişliğe yol açmaktadır. Bu nedenle nefesin yavaş, kontrollü, ritmik, sessiz olması önemlidir (elik ve Toksöz, 2005; THSK, 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017). Doğum öncesinde gebelere verilen nefes egzersizleri eğitimi, doğum sırasındaki ağrıları azaltmakta ve doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmaktadır (Yüksel, 2016).

İlk aşamada nefes alma şekli normal solunumdur. Kontraksiyonların şiddeti arttıķa farklı nefes teknikleri kullanılmaktadır. Latent fazın başında uygulanabilecek solunum esnasında nefes burundan alınıp ağızdan üflenerek verilmekte ve sadece göğüs duvarı hareket etmektedir (elik ve Toksöz, 2005; Kömürcü ve ark., 2014; THSK, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017).

İkinci aşamada yavaş ve derin göğüs solunumu, aktif doğum eylemi başlayınca kadar kontraksiyonlarla baş etmede ve gevşemede etkili olmaktadır. Kontraksiyonun başında normal solunum yapılmaktadır. Sonrasında ise nefes burundan 5 sn'de alınmakta ve ağızdan 5 sn'de verilmektedir (Kömürcü ve ark., 2014; THSK, 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

Üçüncü aşamada, kontraksiyonların daha güçlü olduğu zamanlarda özellikle aktif fazda, hızlı ve yüzeysel göğüs solunumu uygulanmaktadır (Çelik ve Toksöz, 2005; Yenal ve Aluş Tokat, 2014). Kontraksiyonlar normal solunumla başlamaktadır. Kontraksiyonların şiddeti arttığında solunum hızı da artmakta, azalmaya başladığında solunum hızı da yavaşlamakta ve sonunda yine normal solunuma dönüşmektedir. Hızlı nefes alıp vermek, oksijen ve karbondioksit dengesinin bozulmasına neden olarak yorgunluğa yol açmaktadır (Çelik ve Toksöz, 2005; Kömürcü ve ark., 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

Dördüncü aşamada, üfleme abdominal solunum uygulanmaktadır. Nefesin ağızdan alınıp verildiği bu solunum tekniği, geçiş fazında etkilidir. Pelvik basıncı azaltmak ve ıkmama hissini gidermek amacıyla, kontraksiyonların çok uzun ve baş edilmesi zor olduğu durumlarda kullanılmaktadır (Kömürcü ve ark., 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014). Hızlı yüzeysel solunuma benzeyen bu solunumda nefes, mum üfler gibi dışarı verilmektedir. Solunuma altı kısa üfleme ardından bir uzun üfleme ile başlanmakta ve kontraksiyonların şiddeti arttıkça oran düşürülmektedir. Kontraksiyonlar normal solunumla sonlandırılmaktadır (Çelik ve Toksöz, 2005; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

1.4.1.6. Gevşeme Egzersizleri

Gevşeme, anksiyeteyi ve kas gerginliğini azaltarak ağrının giderilmesine katkı sağlamaktadır (Yavuz, 2014; Boz, 2016). Dikkati ağrıdan uzaklaştırarak ve endorfin salınımını arttırarak ağrıyı hafifletmektedir. Gevşemek için birden fazla yöntem kullanılabilir. Gebenin, rahat bir pozisyonda düzenli olarak nefes alıp vererek, gözleri kapalı bir şekilde bedenini dinlemesine fırsat verilmelidir. Bu sayede vücudundaki tüm kasların gevşediğini hisseden gebenin rahatlaması sağlanacaktır (Çelik ve Toksöz, 2005; Yenal ve Aluş Tokat, 2014).

1.4.1.7. İkinma Egzersizleri

Doğumun ikinci evresinde, servikal dilatasyon tamamlandığında, fetal başın pelvik tabana yaptığı bası sonucu ıkınma refleksi oluşmaktadır. Abdominal kasların kasılması ve pelvik tabanın rahatlatılması ile bebek aşağı doğru itilmektedir (Berkiten Ergin, 2014a; Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Berkiten Ergin, 2017; Demirgöz Bal, 2017a). İkinma sırasında solunumun uzun süre tutulması bebeğe giden oksijen miktarını azaltıp fetal hipoksiye sebep olacağından, kadının nefesini tutmak yerine uygun nefes teknikleri kullanmaya yönlendirilmesi gerekmektedir. Güçlü ve sürekli kontraksiyonlarda, gebe derin bir abdominal solunum alarak bebeği çömelme ya da diz çökme gibi istediği bir pozisyonda kuvvetlice itmeli ve ağrı geçince dinlenmelidir. Bebeğin başı doğana kadar ıkınma sürdürülmeli sonrasında ise yerini gevşemeye bırakmalıdır (Yenal ve Aluş Tokat, 2014; Rathfisch, 2018; Yücel, 2018). İkinmanın uzaması, gebede yorgunluğa, bebekte ise fetal hipoksi ve fetal kalp hızında yavaşlama gibi durumlara neden olabileceğinden, sezaryen doğum olasılığını arttırmaktadır (Berkiten Ergin, 2014a).

1.4.2. Travayda Gebelere Verilen Ebe/Hemşire Desteği

Travay sırasında uterus kasıldığında, uterustan sinirler aracılığıyla omuriliğe ve oradan da beyne iletilen ağrı, hissedilen rahatsızlık duygusunun sonucu olarak kabul edilmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Beklenen ve dinlenme aralarına sahip, normal sürecin bir parçası olarak kabul edilen doğum ağrısı, önceden yaşanmış ağrı düzeylerine göre daha şiddetli olarak nitelendirilmektedir. Travay ve doğum sürecinde hissedilen ağrının şiddetini psikolojik durum, sağlanan destek, kültür, geçmiş doğum deneyimleri, zihinsel hazırlık, travay süresi gibi faktörler etkilemektedir (Biricik ve Ünlügenç, 2014; Yenal ve Aluş Tokat, 2014).

Doğum eyleminde gebenin mahremiyetinin korunması, temel bilgilerinin değerlendirilmesi ve ihtiyaçlarının belirlenmesi gerekmektedir (Taşkın, 2016d). Solunum tekniklerinin öğretilmesi ve uygulamaya teşvik edilmesi, masaj tekniklerinin uygulanması, kontraksiyonlar arasında gebenin dinlendirilmesi ile rahatının sağlanması gibi yaklaşımlarla gebeye destek olunmalıdır. Gebenin doğum eylemi sırasındaki duygusal ihtiyacının da karşılanması gerekmektedir (Timur ve Hotun Şahin, 2010; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

Destekleyici bakımın etkileri arasında, doğum eyleminin süresinin kısalması, analjezi kullanımının azalması, gebenin doğumdaki hakimiyetinin artması, doğum sonu anne-bebek bağlanmasının sağlanması, gebenin doğum sürecinde kendini mutlu ve başarılı hissetmesi ve pozitif doğum deneyimi yaşaması sayılabilmektedir (Karaçam ve Akyüz, 2011; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016).

1.5. Gebelerde Doğum Beklentisi

TDK'ya göre beklenti, gerçekleşmesi beklenen şey anlamı taşımaktadır. Doğum beklentisini, kadınların doğumlarıyla ilgili talepleri ve düşünceleri oluşturmaktadır (Çalış, 2009; Seller, 2012). Kadınların doğum beklentileri incelendiğinde, “doğumun normal bir olay olduğuna inanmak ve kabullenmek”, “doğum sürecinden ve sonuçtan memnun olmak”, “doğum deneyimine katılım ve ilgi” gibi olumlu yaklaşımlar ile “doğum olumsuz bir olaydır” ve “doğum tıbbi bir olaydır” şeklindeki olumsuz yaklaşımların benimsendiği görüşler belirtilmiştir (Fenwick et al., 2005).

Müdahale oranı az, doğal, sağlıklı ve kadının gücünü keşfettiği bir doğum sürecinin oluşabilmesi için doğumlarında destek arayışına giren kadınların, ihtiyaçlarının önemsenmesi ve uygun şekilde karşılanması gerekmektedir (Karaçam

ve Akyüz, 2011; Berkiten Ergin, 2017). Kadınların beklentileri, gebelik sayısı arttıkça azalmaktadır, ilk gebeliği olanların beklentileri daha yüksektir. Bu nedenle ebeler, ilk kez gebelik yaşayan kadınlara daha fazla destek sağlamalıdır. Gebelerin beklentileri arasında sağlık personelinin saygılı, güler yüzlü ve ilgili olması ilk sıralarda bulunmaktadır (Çankaya ve ark., 2014).

Kadının doğumdaki hoşnutluğunu, doğumu ile ilgili kararlar konusunda söz sahibi olması ve doğumun kontrolünün kendinde olduğunu hissetmesi belirlemektedir. Doğum eyleminde gebe fiziksel ve psikolojik olarak desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır (Berkiten Ergin, 2014b; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Doğumda annenin psikolojik durumunu, doğum korkusu, doğum ağrısı, olumsuz düşünceler, güvensizlik duygusu, gürültü, kalabalık, ışık gibi olumsuz hastane koşulları ve sağlık personelinin yaklaşımı etkilemektedir. Hemşireye/ebeye, gebeyi bilgilendirmek ve uygun tekniklerle rahatlatmak, süreci değerlendirmek, anlayışla ve sabırla güven ortamı oluşturmak gibi görevler düşmektedir (Öztürk, 2014; Yücel, 2018; Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019b). Sağlık personeli ve gebe arasında oluşacak güven ilişkisi, doğumun stresini ve paniğini en aza indirmektedir. Doğumda genellikle dikkatlerini ağrı üzerinde toplayan gebelerin, nonfarmakolojik teknikler sayesinde korkularından uzaklaşmaları ve huzurlu hissetmeleri ebelerin/hemşirelerin girişimleriyle sağlanabilmektedir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016; Yücel, 2018; Ceylantekin ve Öcalan, 2019).

Kadınların gebeliği düşündükleri andan itibaren başlanabilecek, gebelik ve doğum boyunca sürdürülebilecek olan doğum eğitimi ve desteği ile kadının doğum korkusu azaltılabilmektedir. Doğum korkusu azalan kadınlarda doğum, doğum sonu dönem ve yenidoğanla ilgili gelişebilecek olumsuz durumlar azalmakta, doğumdan duyulan memnuniyet ise artmaktadır (Çiçek ve Mete, 2015; Ceylantekin ve Öcalan, 2019).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama teknikleri) doğum ağrılarında ve doğum beklentisine etkisini belirlemek amacıyla planlanan yarı deneysel bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Konya ilinde Akşehir Devlet Hastanesi doğumhane servisinde kurum izni ve gerekli etik kurul izni alındıktan sonra 15.02.2018-15.08.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü serviste 6 yatak ve 2 adet doğum masası mevcuttur. Hasta odaları iki kişiliktir ve yataklar bir perde ile ayrılmaktadır. Serviste 1'i sorumlu olmak üzere toplam 10 ebe görev yapmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamızın evrenini Konya ili Akşehir Devlet Hastanesi doğumhane servisinde 15 Şubat 2018-15 Ağustos 2018 tarihleri arasında vajinal doğum yapan ve çalışmanın kriterlerine uyan primipar, 3-7 cm dilatasyona sahip, sistemik hastalığı olmayan, sezaryen endikasyonu bulunmayan, 18 yaş ve üstü 102 gebe oluşturmuştur. 2016 yılı kayıtlarına göre Akşehir Devlet Hastanesi'nde toplam 1474 doğum gerçekleştirilmiş

olup bunun 913'ü vajinal doğum, 561'i de sezaryen olarak kayıtlara geçmiştir. Kayıtlara geçen doğum sayıları göz önüne alınıp istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, 6 aylık sürede tahmini 500 gebenin doğum yapacağı sonucuna varılmıştır. Çalışmada zaman, maliyet gibi kısıtlamalardan dolayı örneklem alınma yoluna gidilmiştir. Bu doğrultuda doğum yapması beklenen 500 gebe arasından deney ve kontrol grubu seçimi yapılırken yaşları, sosyal durumları, obstetrik özellikleri ve ağrı seviyeleri birbirine yakın olan 119 gebe, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Çalışmada deney grubuna dahil edilen 63 gebeden 12'sinin, kontrol grubunda ise 56 gebeden 5'inin doğumu sezaryen ile sonuçlandığı için, toplam 17 gebe araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmamızda, örnekleme yer alacak deney ve kontrol grubuna ait gebe sayısını belirlemek üzere G*Power 3.1.9.2 programından yararlanılarak güç analizi yapılmıştır. Bu çerçevede güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05), etki büyüklüğü 0,5 ve 0,80'lik güç için her bir gruptaki (deney, kontrol) gebe sayısı minimum 51 olarak hesaplanmıştır. Ancak eksik veya hatalı durum, gebenin beklenmeyen ölümü gibi faktörler dikkate alınarak %10'luk bir toleransla deney grubu için 56, kontrol grubu için 56 olmak üzere toplam 112 gebe örneklem grubunu oluşturmuştur. Literatür incelenerek, güç analizindeki parametrelerin belirlenmesinde benzer çalışmalardan yararlanılmıştır (Öztürk, 2014; Yıldırım, 2014; Aslan, 2016; Yılmaz, 2017).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Primipar ve tek fetüse sahip olması,
- 18 yaşında ve üstünde olması,
- Gebelik komplikasyonu bulunmaması,

- Sistemik hastalığı olmaması,
- 3-7 cm dilatasyona sahip olması,
- Vajinal doğum yapması beklenmesi,
- Sezaryen endikasyonu ve riskli gebeliği olmaması,
- Herhangi bir analjezik kullanmamış olması,
- Araştırmaya gönüllü katılan gebeler olarak belirlenmiştir.

Çalışmada kapsam dışı olma kriterleri;

- Multipar veya çoğul gebeliği olması,
- 18 yaşın altında olması,
- Uzamış travay nedeniyle sezaryen doğum yapması,
- Riskli gebeliği olması,
- Gebelik komplikasyonu bulunması/gelişmesi,
- Servikte hastalığı veya sistemik hastalığı bulunması,
- Analjezi uygulanması ya da analjezik kullanması,
- Sözel iletişim kurulamaması,
- Araştırmaya devam etmek istememesi,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan gebeler olarak belirlenmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında 3 adet form kullanılmıştır. Çalışmanın verileri Gebe Tanılama Formu (EK-2), Visual Analog Skala (VAS) (EK-3), WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

2.4.1. Gebe Tanılama Formu (EK-2)

Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan anket formunda, gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, evlilik süresi, aile tipi, aylık gelir, sosyal güvence), gebelerin obstetrik öyküsünü belirlemeye yönelik 8 soru olmak üzere toplam 19 soru bulunmaktadır. Formdaki bilgiler deney ve kontrol grubundaki her gebeye doğumhane servisine kabul edilmelerinden sonraki ilk karşılaşmada yüz yüze görüşme tekniğiyle sorularak doldurulmuştur.

2.4.2. Visual Analog Skala (VAS) (EK-3)

Ağrı şiddetinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan, hızlı sonuç veren, ağrı duyusunu subjektif olarak değerlendiren ölçme aracıdır. Gebenin sözel ifadeleri ve yüz ifadesi doğrultusunda numaralandırılır. Ölçek ilk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Ülkemizde 1998 yılında Aslan tarafından duyarlılık ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. "0" ağrı yok, "10" olabilecek en şiddetli ağrı olarak belirtilmektedir (Kömürcü ve Berkiten Ergin, 2014a; Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2014). Çalışmamıza katılmayı kabul eden deney ve kontrol

grubundaki her gebeye ilk karşılaşmada ve postpartum ilk 2 saat içerisinde Visual Analog Skala (VAS) uygulanmış ve bulgulara VAS1 ve VAS2 olarak aktarılmıştır. Doğum öncesi gebeyle ilk karşılaşmada VAS1, doğum sonrasında ise VAS2 uygulanmıştır. Gebeden, hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen sayıyı işaretlemesi istenmiştir.

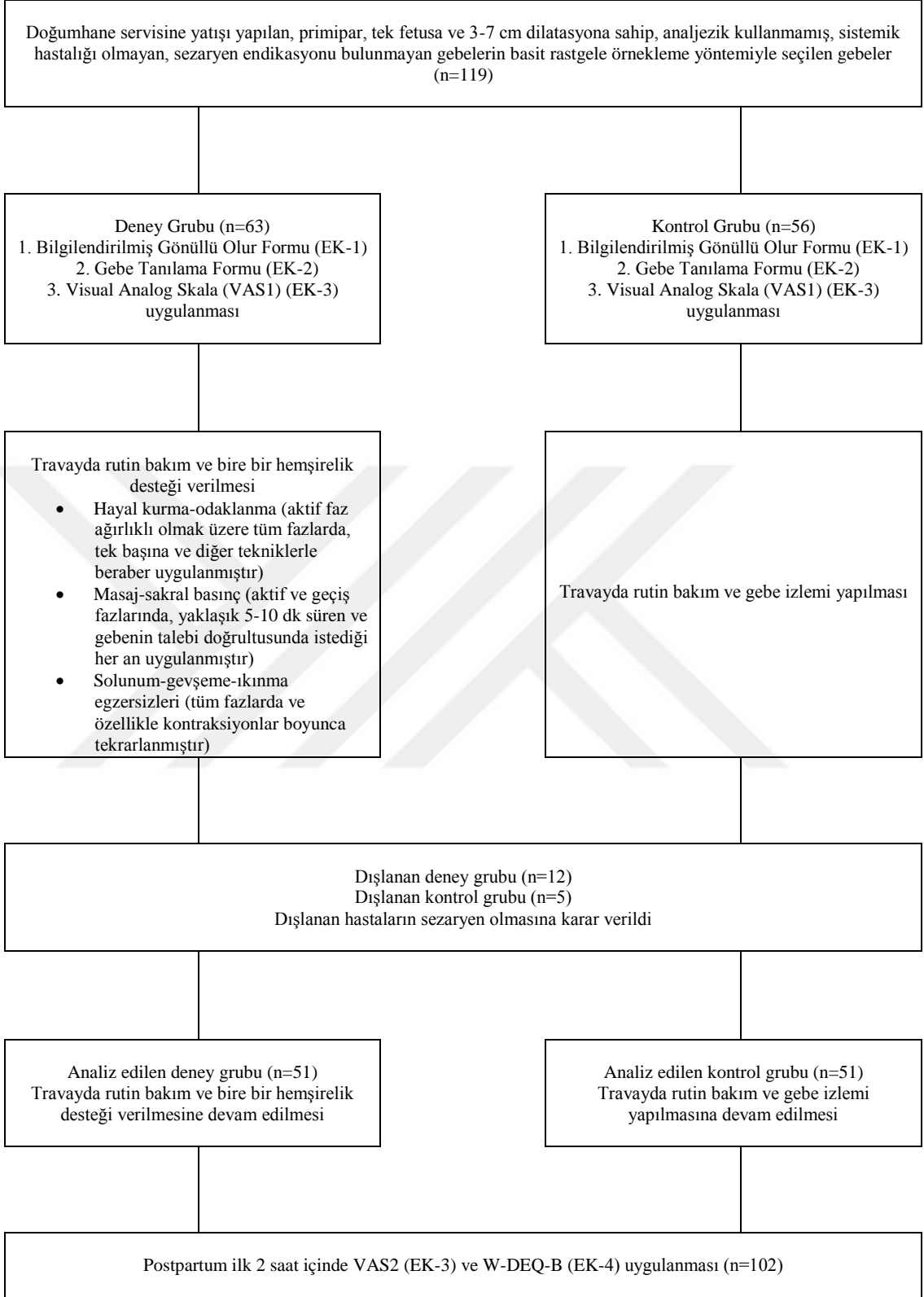
2.4.3. WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu (EK-4)

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu lohusaların doğum korkusu düzeyini değerlendirmek amacıyla uygulanabilecek, geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bir ölçektir. Ölçek çeşitli duygu ve düşünceleri içeren toplam 33 sorudan oluşmaktadır. 1 “son derece”, 6 ise “hiç” şeklinde ifade edilen 6’lı likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte minimum puan 33 iken, maksimum puan 198'dir. Puanların yüksek olması, yaşanan doğum korkusunun yüksek olduğunun göstergesidir (Uçar, 2013). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 28.10.2013 tarihinde, Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji danışmanlığında Emine Uçar tarafından uyarlanmıştır.

Ölçekte bulunan 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı olumsuzluk ifadesi içeren sorular, ölçeğin uyumluluğu açısından ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları, düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı \leq 37), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı \geq 85) olarak gruplandırılmaktadır (Wijma et al., 1998). Çalışmamızda kullanılan bu ölçek, postpartum ilk 2 saat içerisinde deney ve kontrol grubunda yer alan annelere uygulanmıştır. Uçar (2013), çalışmasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını

0,88 olarak belirlemiştir. Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,968 olarak hesaplanmıştır.





Şekil 2.1. Çalışmanın Akış Şeması

2.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulama izinleri alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı doğumhane servisinin sorumlu ebesi ve çalışan ebeleri ile tanışılarak, araştırmanın amacı, kapsamı ve süreci hakkında bilgi verilmiştir.

Doğumhane servisine kabul edilen ve çalışma kriterlerine uyan primipar gebeler ile tanışılmış ve çalışma hakkında kısa bilgi verilmiştir. Deney ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrılan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelere sırasıyla Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (EK-1), Gebe Tanılama Formu (EK-2) ve Visual Analog Skala (VAS) (EK-3) uygulanmıştır. Bu aşamada gebelere uygulanan VAS, verilere VAS1 olarak aktarılmıştır. Aynı güne denk gelen kontrol ve deney grubu gebeler farklı travay odalarında takip edilmiştir. Deney grubu gebelerine araştırmacı tarafından, hemşirelik bakım standartları içerisinde uygulanabilen, tıbbi müdahale içermeyen ve doğumhane koşullarında uygulanması kolay olan doğum ağrılarıyla başa çıkmada etkili yöntemler (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama teknikleri) anlatılmış ve uygulanmıştır. Sertifika gerektiren (TENS, hipnoz, aromaterapi vb.) uygulamalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Kibar, anlayışlı tavır ve sakin bir ses tonuyla sorularına cevap verilmiş, istedikleri uygulamalar tekrarlanarak ve yanlarında bulunularak travay süreci boyunca gebelere destek sağlanmıştır. Kontrol grubu gebelerine servisteki rutin bakım dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Her iki gruba da doğum sonrası ilk iki saat içerisinde W-DEQ-B Ölçeği (EK-4) ve VAS (EK-3) uygulanmıştır. Bu aşamada gebelere uygulanan VAS, verilere VAS2 olarak aktarılmıştır.

Deney Grubunun Veri Toplama Süreci:

Doğum eyleminin birinci evresinde (latent faz-aktif faz) (3-7 cm dilatasyon) olan gebelere sırasıyla aşağıdaki işlemler uygulanmıştır;

- Doğumhane servisine kabul edilen ve çalışmamıza katılım kriterlerine uyan gebeye tanışılmıştır.
- Gebeye, uygulamaların içeriği ve etkileri hakkında bilgi verdikten sonra, amacımızın doğumda hissedilen ağrıyı azaltarak olumlu bir doğum deneyimi yaşanmasına katkı sağlamak olduğu, bu nedenle doğum sürecinde gebenin yanında olunacağı, sorularına cevap verileceği ve ağrıyla baş etmede kullanılacak bazı uygulamalar öğretilenlerdir. Öğretilenlerin, hemşirelerin/ebelerin bağımsız olarak uygulayabildiği çeşitli nonfarmakolojik yöntemleri kapsadığı, uygulamaları istemezse ya da uygulamalardan rahatsız olursa bu durumu dile getirmek için araştırmacıyla iletişime geçebileceği açıklanmıştır.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelere sırasıyla BGOF (EK-1), Gebe Tanılama Formu (EK-2) ve Visual Analog Skala (VAS) (EK-3) uygulanmıştır.

Deney Grubuna Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler:**Odaklanma ve Hayal Kurma:**

- Aktif fazda (4-7 cm dilatasyon) olan ve doğum ağrılarının sıklığı ve şiddeti giderek artan gebeye, dikkatini ağrıdan uzaklaştırmak amacıyla belirli bir noktaya ya da objeye odaklanmanın önemi anlatılmıştır.

- Odada resim bulunmaması nedeniyle, pencerede bulunan çiçek odak noktası olarak tercihe sunulmuştur.
- Gebelerden gözlerini kapatmaları ve kendilerini huzurlu hissedecekleri bir yerde (örneğin güzel bir bahçe, hafif dalgalı bir deniz kenarı) ya da bebeklerini hayal etmeleri istenmiştir.
- Yaklaşık 5 dk boyunca devam eden bu eylem sırasında gebenin hissettiklerini dile getirmesi istenerek, ağrıyı düşünmemesi sağlanmıştır.
- Hayal etme ve odaklanma yöntemleri, aktif ve geçiş fazlarında, gebe istediği sürece kullanılmış, sakin bir ses tonuyla gebe olumlu düşüncelerle cesaretlendirilmiştir.

Masaj ve Sakral Basınç:

- Birinci evrenin aktif fazında olan gebeye, NST (Nonstress Test) cihazından çok fazla ayrılmadığı için, yatağında oturur ya da sol yana yatış pozisyonu verilmiştir.
- Gebenin gevşemesi ve rahatlaması amacıyla, omuzlarına, sırtına, beline hafif dokunuşlarla, sıvazlama (efloraj) ve dairesel hareketler (friksiyon) şeklinde 5-10 dk süreyle masaj yapılmıştır.
- Ağrısını hissettiğinde, gebenin de karnına dairesel hareketlerle ve bacaklarına dokunarak masaj yapabileceği söylenerek gebeye uygulamalı olarak gösterilmiş ve istediği zaman yapması sağlanmıştır.
- Kontraksiyonları sıklaşan ve ağrıları artan geçiş fazındaki (8-10 cm dilatasyon) gebe, yatağının üzerine konulan yastıklara sarılarak yatağa doğru yaslanır ve yatak kenarına serilen bir çarşafta dizleri üzerinde durur vaziyette ya da çömelme pozisyonunda iken masaj ve sakral basınç uygulanmıştır.
- Kontraksiyon başladığında, elin topuğuyla gebenin kuyruk sokumuna bastırılarak baskı uygulanmıştır. Yapılan baskı, kontraksiyon bitince kesilmiştir.

- Genel olarak gebelerin aktif fazda daha az ihtiyaç duyduğu masaj ve sakral basınç uygulamaları isteği, geçiş fazında neredeyse her kontraksiyonda istenmiş ve araştırmacı tarafından gebelere uygulanmıştır. Bu uygulamaların gebeleri oldukça rahatlattığı ve ağrı hissini azaltarak memnuniyeti arttırdığı gebeler tarafından belirtilmiş ve araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir.

Solunum ve İkinma Teknikleri:

- Latent fazın sonunda olan gebeye, nefes ve ıkinma tekniklerinin hepsi uygulamalı olarak gösterilmiş ve teknikler beraber yapılmıştır.
- Aktif fazda olan gebeye, kontraksiyonlar sırasında sakin, uzun ve derin bir şekilde, çiçek koklar gibi burnundan nefes alması ve ağızından nefes vermesi öğretilmiş ve uygulaması sağlanmıştır.
- Aktif fazda kasılmalar güçlendikçe ve ağrı şiddeti arttıkça hızlı nefes alıp vermemesi ya da nefesini tutmaması için gebe nefes egzersizlerine yönlendirilmiştir.
- Kontraksiyonları sıklaşan gebeden normal soluk alıp vermesi, ağrısı arttıkça solunum hızını arttırabileceği, kasılmasını normal solukla sonlandırması istenmiştir.
- Geçiş fazında ise, gebenin nefesine odaklanarak, derin nefes almanın ardından kısa kısa başlayıp mum üfler gibi uzun nefes vermesi sağlanmıştır.
- Egzersizler, kontraksiyonlar boyunca gebeye beraber yapılmış ve gebe doğru teknikleri kullanmaya teşvik edilmiştir.
- Geçiş fazın son aşamasına gelen ve doğum masasına alınan gebeden oluşan ıkinma hissini engellememesi istenmiştir.
- Bu aşamada gebeye, tuvaleti gelmiş gibi hissetmesinin normal olduğu ve bunun için kendisini sıkıması gerektiği, mümkün olduğunca gevşemeye çalışması söylenmiş ve olumlu ifadelerle (başarabilirsin, sana güveniyorum, yapabilirsin, bebeğin birazdan kucağında olacak vb.) gebe desteklenmiştir.

- Doğumunun son aşamasında olduğu ve bebeğine kavuşmasına çok az kaldığı belirtilmiştir.
- İkinma sırasında çenesini göğsüne dayayarak ve doğum masasının yanlarında bulunan alana tutunarak destek alması sağlanmıştır.
- Oldukça güçlü hissettiği kontraksiyonlarda nefesini uzun süre tutmadan ve bebeğini aşağı doğru itme konusunda gebe sürekli olarak yönlendirilmiştir.

Gevşeme Egzersizleri:

- Aktif fazda olan gebeye gevşemesinin anne ve bebek açısından önemi anlatıldıktan sonra, gözlerini kapatması ve derin ve yavaş bir şekilde nefes alması istenmiştir.
- Sadece nefesine odaklanması ve hayalinde güzel şeyler canlandırması ya da sevdiği bir müziği mırıldanması söylenmiş ve gevşiyorum, rahatlıyorum ifadeleri tekrarlanmış ve tekrarlatılmıştır.
- Baştan, ayak ucuna kadar kaslarının sırasıyla gevşediğini düşünmesi istenmiştir.
- Bu aşamada gözleri kapalı olan gebenin karnına ve ayaklarına efloraj tekniği ile masajlar uygulanmıştır.

Deney grubuna yapılan, odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-ıkinma ve gevşeme tekniklerini kapsayan uygulamalarda ve travay süreci boyunca gebenin yanında olduğumuz ifade edilerek, gebeye dokunarak, elini tutarak, gebenin yalnızlık duygusunun en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Süreç boyunca sık sık gebeyle zaman geçirilmiş, dinlenme aralarında ise gebenin uyumasına izin verilmiştir.

Gebelere, doğum sonrası ilk iki saat içerisinde W-DEQ-B Ölçeği (EK-4) ve VAS2 (EK-3) uygulanmıştır.

Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar:

Doğum eyleminin birinci evresinde (latent faz-aktif faz) (3-7 cm dilatasyon) olan gebelere sırasıyla aşağıdaki işlemler uygulanmıştır;

- Doğumhane servisine kabul edilen ve çalışmamıza katılım kriterlerini sağlayan gebeye tanışılmıştır.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelere sırasıyla BGOF (EK-1), Gebe Tanılama Formu (EK-2) ve Visual Analog Skala (VAS) (EK-3) uygulanmıştır.
- Gebelere hastane prosedürü ve rutin bakım dışında hiçbir destekleyici uygulama yapılmamıştır.
- Gebelere, doğum sonrası ilk iki saat içerisinde W-DEQ-B Ölçeği (EK-4) ve VAS (EK-3) uygulanmıştır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Shapiro-Wilk testi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu verilerin istatistiksel analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla

Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada primipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için sayı, frekans-yüzde dağılımları, fisher's exact test ve ki-kare testi kullanılmıştır. Doğum ağırları ve doğum beklentisi ile ilgili bulgularda aritmetik ortalamalardan, frekans-yüzde dağılımlarından ve standart sapma değerlerinden yararlanılmıştır. Sosyo-demografik ve obstetrik özellikler ile doğum ağırları ve doğum beklentisi arasındaki bulguları saptamak için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri, primipar gebelerde doğum ağırları ile doğum beklentisi arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışma verileri toplandıktan sonra istatistiksel analizi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda görevli Prof. Dr. İsmet Doğan danışmanlığında SPSS (Statistical Package for the Social Science) 20.0 for Windows programında yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.7. Araştırmanın Etiği

Çalışmanın yapılabilmesi için;

- Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.12.2017 tarih ve 2017/12-306 sayılı kararı ile etik onay (EK-5),
- Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (EK-6),
- WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu'nun geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Sn. Emine UÇAR'dan e-posta yolu ile ölçek izni (EK-7),

- Çalışmaya, belirtilen izinler alındıktan sonra gebelerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam (EK-1) alınarak, gizlilik ve mahremiyet ilkelerine bağlı kalınmıştır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (EK-1)

Uygulamaya dahil olabilmeleri için gebelerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurmaları istenmiştir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunda araştırmanın amacı ve içeriği, katılım koşulları, uygulamanın işleyişi yer almaktadır. Doğumhane servisine kabul edilen ve çalışmamızın kriterlerine uyan deney ve kontrol grubundaki gebelere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, gebe araştırmaya herhangi bir zorlama olmaksızın gönüllü olarak katıldığını onaylamak için öncelikle bu formu imzalamıştır.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmaya sadece primipar gebeler dahil edilmiştir.
- Çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede travaya 3-7 cm dilatasyonu olan gebelerin kabulü gerçekleştiği için, latent fazın başlangıcındaki gebeler çalışmaya alınamamıştır.
- Çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ve veri toplama sürecinde merkezde bir tane kadın doğum uzmanı olması çalışmamızın sınırlılıkları kapsamındadır.
- Travayda takip edilen ve aktif fazda olan deney grubu gebelerinden 12'si, kontrol grubu gebelerinden 5'i sezaryen nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

- Doğum ağrısıyla baş etmede kullanılan hipnoz, aromaterapi, TENS gibi yöntemlerin uygulanabilmesi için sertifika gerekliliği nedeniyle, bu yöntemler çalışmamızın dışında bırakılmıştır.
- Kurumda, doğum masasında litotomi pozisyonu dışında başka bir alternatif doğum şeklinin olmaması nedeniyle gebelerin hareket kabiliyeti kısıtlanmıştır.



3. BULGULAR

3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubu gebelerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney (n=51)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=102)		X ²	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Yaş								
18-21	32	62,7	28	54,9	60	58,8	1,375 ^a	0,764
22-25	14	27,5	18	35,3	32	31,4		
26-29	4	7,8	3	5,9	7	6,9		
30-34	1	2,0	2	3,9	3	2,9		
35 ve üzeri	0	0	0	0	0	0		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Eğitim durumu								
Okur-yazar değil	0	0	0	0	0	0	5,619 ^a	0,176
Okur-yazar	0	0	0	0	0	0		
İlkokul	0	0	3	5,9	3	2,9		
Ortaokul	19	37,3	22	43,1	41	40,2		
Lise	30	58,8	23	45,1	53	52,0		
Üniversite	1	2,0	3	5,9	4	3,9		
Diğer (Önlisans)	1	2,0	0	0	1	1,0		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Çalışma durumu								
Evet	3	5,9	2	3,9	5	4,9	0,000 ^a	1,000
Hayır	48	94,1	49	96,1	97	95,1		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Meslek								
Ev Hanımı	48	94,1	49	96,1	97	95,1	0,000 ^a	1,000
Öğretmen	0	0	0	0	0	0		
Memur	0	0	0	0	0	0		
Hemşire	0	0	0	0	0	0		
Esnaf	0	0	0	0	0	0		
İşçi	1	2,0	0	0	1	1,0		
Diğer (Serbest meslek)	2	3,9	2	3,9	4	3,9		
Toplam	51	100	51	100	102	100		

^aFisher's Exact Test

Tablo 3.1. (Devam) Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları

Evlilik yılı								
0-5 yıl	51	100	50	98,0	101	99,0		
6-10 yıl	0	0	1	2,0	1	1,0	0,000 ^a	1,000
11-15 yıl	0	0	0	0	0	0		
16 yıl ve üstü	0	0	0	0	0	0		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Aile tipi								
Geniş aile	12	23,5	15	29,4	27	26,5	0,453 ^b	0,501
Çekirdek aile	39	76,5	36	70,6	75	73,5		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Ailenin aylık geliri								
0-1000 TL	2	3,9	2	3,9	4	3,9		
1000-3000 TL	45	88,2	46	90,2	91	89,2	0,331 ^a	1,000
3000 TL ve üstü	4	7,8	3	5,9	7	6,9		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Sosyal güvence								
SSK	34	66,7	35	68,6	69	67,6		
Emekli Sandığı	3	5,9	1	2,0	4	3,9	1,302 ^a	0,906
Bağ-Kur	5	9,8	5	9,8	10	9,8		
Yeşil Kart	7	13,7	7	13,7	14	13,7		
Ücretli	2	3,9	3	5,9	5	4,9		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Eşin eğitim durumu								
Okur-yazar değil	0	0	0	0	0	0		
Okur-yazar	0	0	0	0	0	0		
İlkokul	2	3,9	4	7,8	6	5,9		
Ortaokul	16	31,4	16	31,4	32	31,4	0,977 ^a	0,969
Lise	26	51,0	25	49,0	51	50,0		
Üniversite	5	9,8	4	7,8	9	8,8		
Diğer (Önlisans)	2	3,9	2	3,9	4	3,9		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Eşin çalışma durumu								
Evet	49	96,1	51	100	100	98,0	0,510 ^a	0,495
Hayır	2	3,9	0	0	2	2,0		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Eşin mesleği								
Öğretmen	0	0	0	0	0	0		
Memur	2	3,9	1	2,0	3	2,9		
İşçi	21	41,2	21	41,2	42	41,2	3,859 ^a	0,772
Polis	1	2,0	0	0	1	1,0		
Asker	1	2,0	0	0	1	1,0		
Çiftçi	6	11,8	11	21,6	17	16,7		
Esnaf	7	13,7	6	11,8	13	12,7		
Diğer (Serbest meslek)	11	21,6	12	23,5	23	22,5		
Toplam	49	96,1	51	100	100	98		

^aFisher's Exact Test, ^bPearson Ki-kare Testi

Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre, sosyo-demografik özelliklerin tümünde deney ve kontrol gruplarının homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Tablo 3.1.'de çalışmaya katılan gebelerin yaş dağılımlarına bakıldığında, deney grubu gebelerinin %62,7'sinin ($n=32$) 18-21 yaş, %27,5'inin ($n=14$) 22-25 yaş, kontrol grubunda ise gebelerin %54,9'unun ($n=28$) 18-21 yaş, %35,3'ünün ($n=18$) 22-25 yaş grubundan oluştuğu belirlenmiştir. Toplamda gebelerin %90,2'si ($n=92$) 18-25 yaş aralığında saptanmıştır.

Tablo 3.1.'de çalışmaya katılan gebelerin eğitim seviyelerine bakıldığında, deney grubundaki gebelerin %37,3'ünün (n=19) ortaokul, %58,8'inin (n=30) lise, %2'sinin (n=1) üniversite mezunu olduğu; kontrol grubundaki gebelerin ise %5,9'unun (n=3) ilkokul, %43,1'inin (n=22) ortaokul, %45,1'inin (n=23) lise, %5,9'unun (n=3) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Eşlerle ilgili bulgular incelendiğinde; %5,9'unun (n=6) ilkokul, %31,4'ünün (n=32) ortaokul, %50'sinin (n=51) lise, %8,8'inin (n=9) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.1.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin %99'unun (n=101) evlilik süresi 0-5 yıl arası olduğu bulunmuştur. Gebelerin %26,5'inin (n=27) geniş aile, %73,5'inin (n=75) ise çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3.1.'de çalışmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında, deney grubu gebelerinin %94,1'i (n=48), kontrol grubu gebelerinin %96,1'i (n=49) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gebelerin eşlerinde ise çalışma oranı %98 (n=100), çalışmama oranı %2 (n=2) olarak karşımıza çıkmıştır. Meslek gruplarına bakıldığında, eşlerin %41,2 (n=42) oran ile en fazla işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 3.1.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin gelir düzeylerine ait bulgulara bakıldığında, %3,9'unun (n=4) 0-1000 TL aralığında, %89,2'sinin (n=91) 1000-3000 TL aralığında, %6,9'unun (n=7) 3000 TL ve üzeri aylık gelire sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.1.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin bulgularına bakıldığında, %4,9'unun (n=5) ücretli, %95'inin (n=97) ise sosyal güvencesi olduğu bulunmuş ve en yüksek oran ile gebelerin %67,6'sının (n=69) SSK'lı olduğu görülmüştür.

3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubu gebelerinin obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları

Obstetrik Özellikleri	Deney (n=51)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=102)		X ²	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Gebelik haftası								
37. hafta	5	9,8	8	15,7	13	12,7	4,326 ^b	0,364
38. hafta	23	45,1	14	27,5	37	36,3		
39. hafta	16	31,4	20	39,2	36	35,3		
40. hafta	6	11,8	6	11,8	12	11,8		
41. hafta	1	2,0	3	5,9	4	3,9		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Gebeliğin istenmesi								
Evet	51	100	51	100	102	100	-	-
Hayır	0	0	0	0	0	0		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Gebelikte problem yaşanması								
Evet	7	13,7	8	15,7	15	14,7	0,078 ^b	0,780
Hayır	44	86,3	43	84,3	87	85,3		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma								
Evet	19	37,3	8	15,7	27	26,5	6,095 ^b	0,014
Hayır	32	62,7	43	84,3	75	73,5		
Toplam	51	100	51	100	102	100		
Eğitim alınan kişi/kaynak*								
Sağlık personeli	10	19,6	6	11,8	16	15,7	-	-
Arkadaş/akraba	3	5,9	2	3,9	5	4,9		
Kitap,dergi,broşür	2	3,9	1	2,0	3	2,9		
İnternet	8	15,7	5	9,8	13	12,7		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^bPearson Ki-kare Testi

Tablo 3.2. (Devam) Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımları

Eğitim süresi								
1-3 kez	7	13,7	2	3,9	9	8,8	1,001 ^a	0,833
4-6 kez	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
7-9 kez	11	21,6	5	9,8	16	15,7		
Toplam	19	37,3	8	15,7	27	26,5		
Doğum hakkındaki düşünce ve beklentiler*								
Ağrı	29	56,9	36	70,6	65	63,7	-	-
Mutluluk	41	80,4	31	60,8	72	70,6		
Yalnızlık	7	13,7	5	9,8	12	11,8		
Korku	22	43,1	25	49,0	47	46,1		
Cesaret	2	3,9	1	2,0	3	2,9		
Tehlike	4	7,8	5	9,8	9	8,8		
Güven	2	3,9	0	0	2	2,0		
Doğum ve doğum sonrası bilgi durumu								
Hiç	39	76,5	42	82,4	81	79,4	0,540 ^b	0,463
Biraz	12	23,5	9	17,6	21	20,6		
Toplam	51	100	51	100	102	100		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^aFisher's Exact Test, ^bPearson Ki-kare Testi

Yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre, gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma durumu dışındaki obstetrik özelliklerin tümünde deney ve kontrol gruplarının homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Tablo 3.2.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin çoğunlukla 38. haftada (deney %45,1, kontrol %27,5) ve 39. haftada (deney %31,4, kontrol %39,2) oldukları belirlenmiştir.

Tablo 3.2.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin gebeliği isteme durumu %100 (n=102) olarak görülmüştür. Gebelerin %85,3'ü (n=87) gebelikte problem yaşamamışken, %14,7'si (n=15) gebelikte problem yaşamıştır.

Tablo 3.2.'de çalışmaya dahil edilen gebelerden, deney grubu gebelerinin %62,7'sinin (n=32), kontrol grubu gebelerinin ise %84,3'ünün (n=43) gebelik ve doğum hakkında herhangi bir eğitim ya da bilgi almadığı belirlenmiştir. Eğitim ya da bilgi alanların ise %15,7'sinin (n=16) sağlık personeli, %12,7'sinin (n=13) internet, %4,9'unun (n=5) arkadaş/akraba, %2,9'unun (n=3) ise kitap, dergi, broşür kaynaklı;

%15,7'sinin (n=16) 7-9 kez, %2'sinin (n=2) 4-6 kez, %8,8'inin (n=9) ise 1-3 kez bilgilendirildiği saptanmıştır.

Tablo 3.2.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin doğum hakkındaki düşünce ve beklentilerine bakıldığında, %63,7'sinde (n=65) ağrı, %70,6'sında (n=72) mutluluk, %11,8'inde (n=12) yalnızlık, %46,1'inde (n=47) korku, %2,9'unda (n=3) cesaret, %8,8'inde (n=9) tehlike ve %2'sinde (n=2) güven olarak karşımıza çıkmıştır.

Tablo 3.2.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin doğum ve doğum sonrası bilgi durumu incelendiğinde, gebelerinin %79,4'ünün (n=81) hiç bilgisi olmadığı, %20,6'sının (n=21) biraz bilgisi olduğu belirlenmiştir.

3.3. Gebelerin W-DEQ-B Ölçeği'ne Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubu gebelerinin W-DEQ-B Ölçeği'nin sorularına verdikleri cevapların ortalamalarının dağılımı Tablo 3.3.'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Gebelerin W-DEQ-B Ölçeği'nin Sorularına Verdikleri Cevapların Ortalamalarının Dağılımı

W-DEQ-B Soruları	Deney (n=51)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=102)	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
I. Gebenin doğum eylemini bir bütün olarak değerlendirmeleri						
Harika	2,39	0,827	3,71	1,418	3,05	1,330
Korkunç	4,63	0,979	3,41	1,329	4,02	1,312
II. Gebenin doğum eyleminde genel olarak hissettikleri						
Yalnız	4,84	1,084	3,69	1,643	4,26	1,502
Güçlü	3,00	0,800	4,22	1,205	3,61	1,187
Kendinden Emin	2,57	0,806	4,08	1,309	3,32	1,321
Korkmuş	3,76	0,763	1,88	0,993	2,82	1,293
Yüzüstü Bırakılmış	5,63	0,631	4,88	1,177	5,25	1,012
III. Gebenin doğum eylemiyle ilgili düşünceleri (doğum öncesi)						
Güçsüz	4,27	1,060	3,43	1,360	3,85	1,280
Güvende	1,59	0,669	2,08	1,181	1,83	0,986
Bağımsız	3,04	0,916	4,20	1,114	3,62	1,169
Yalnız-Kimsesiz	5,04	1,113	3,53	1,815	4,28	1,679
Gergin	4,08	0,956	2,39	1,133	3,24	1,344
Memnun	1,92	0,771	2,96	1,166	2,44	1,113
Gururlu	2,31	0,678	3,08	1,146	2,70	1,013
Terkedilmiş	5,59	0,779	4,67	1,395	5,13	1,216
Sakin	3,51	0,784	5,04	1,058	4,27	1,204
Rahat	3,12	0,931	4,78	1,154	3,95	1,338
Mutlu	1,86	0,939	3,14	1,371	2,50	1,333
IV. Gebenin doğum eylemi sırasında hissettikleri						
Panik	3,47	1,046	2,04	1,019	2,75	1,254
Ümitsiz	4,76	0,862	2,75	1,262	3,75	1,479
Çocuğa Kavuşma İsteği	1,33	0,476	1,33	0,589	1,33	0,533
Özgüvenli	2,86	0,749	4,37	1,131	3,62	1,219
Güvenli	1,45	0,541	2,47	1,155	1,96	1,033
Ağrılı	2,65	0,796	1,33	0,622	1,99	0,970
V. Gebenin doğum eylemindeki en yoğun/ zor anları						
Kötü Davranma	4,75	0,845	2,90	1,269	3,82	1,417
Bedenin Kontrolü Ele Alması	2,88	0,711	4,53	1,007	3,71	1,199
Kontrol Kaybı	4,76	0,764	3,10	1,285	3,93	1,344
VI. Gebenin bebeğinin doğduğu anı ifadesi						
Eğlenceli	1,71	0,807	2,92	1,197	2,31	1,186
Doğal	1,51	0,644	2,22	0,832	1,86	0,821
Açık/Net	1,96	0,774	2,76	0,951	2,36	0,952
Tehlikeli	4,82	0,910	3,75	1,146	4,28	1,164
VII. Gebenin doğum eylemindeki olumsuz düşünceleri/kuruntuları						
Çocuğun Ölmesi	1,55	0,673	2,35	1,369	1,95	1,146
Bebeğin Zarar Görmesi	1,88	0,840	2,67	1,322	2,27	1,170

Tablo 3.3. incelendiğinde, doğumu bir bütün olarak değerlendirmeleri istenen deney grubu gebelerinin verdiği cevapların ortalamaları harikalık düzeyi için 2,39,

korkunçluk düzeyi için 4,63 iken, kontrol grubu gebelerinin cevap ortalamaları ise harikalık düzeyi için 3,71, korkunçluk düzeyi için 3,41 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.3.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin doğumda genel olarak neler hissettiklerine ilişkin cevapların ortalaması karşılaştırıldığında, deney grubu gebelerinde yalnızlık hissetme 4,84, güçlü hissetme 3,00, kendinden emin hissetme 2,57, korkmuş hissetme 3,76, yüzüstü bırakılmış hissetme ise 5,63 iken, kontrol grubu gebelerinde yalnızlık hissetme 3,69, güçlü hissetme 4,22, kendinden emin hissetme 4,08, korkmuş hissetme 1,88, yüzüstü bırakılmış hissetme 4,88 olarak saptanmıştır.

Tablo 3.3.'de doğumda neler hissedeceklerini düşündüklerine ilişkin cevap ortalamalarına bakıldığında, deney grubu gebelerinin güçsüz hissedeceği 4,27, güvende hissedeceği 1,59, bağımsız hissedeceği 3,04, yalnız-kimsesiz hissedeceği 5,04, gergin hissedeceği 4,08, memnun hissedeceği 1,92, gururlu hissedeceği 2,31, terkedilmiş hissedeceği 5,59, sakin hissedeceği 3,51, rahat hissedeceği 3,12, mutlu hissedeceği 1,86 iken, kontrol grubu gebelerinin güçsüz hissedeceği 3,43, güvende hissedeceği 2,08, bağımsız hissedeceği 4,20, yalnız-kimsesiz hissedeceği 3,53, gergin hissedeceği 2,39, memnun hissedeceği 2,96, gururlu hissedeceği 3,08, terkedilmiş hissedeceği 4,67, sakin hissedeceği 5,04, rahat hissedeceği 4,78, mutlu hissedeceği 3,14 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.3.'de doğum eylemi sırasında hissettiklerine ilişkin cevaplar için, deney grubu gebelerinin ortalamalarına bakıldığında panik düzeyi 3,47, ümitsizlik hissi 4,76, çocuğa kavuşma isteği 1,33, özgüvenli hissetme 2,86, güvenli hissetme 1,45, ağrılı olması 2,65 iken, kontrol grubu gebelerinin ortalamaları ise panik düzeyi 2,04, ümitsizlik hissi 2,75, çocuğa kavuşma isteği 1,33, özgüvenli hissetme 4,37, güvenli hissetme 2,47, ağrılı olması 1,33 olarak karşımıza çıkmıştır.

Tablo 3.3.'de gebelerin doğumda en yoğun/zor anlarında neler olduğuna verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde, deney grubu gebelerinde kötü davranma 4,75, bedenimin kontrolü ele alması 2,88, kontrolümü kaybetme 4,76 oranları görülmekteyken, kontrol grubu gebelerinde kötü davranma 2,90, bedenimin kontrolü ele alması 4,53, kontrolümü kaybetme 3,10 olarak görülmüştür.

Tablo 3.3. incelendiğinde bebeğin doğduğu ana ilişkin neler hissettikleri sorulan gebelerden, deney grubu gebeleri için ortalamalar 1,71 eğlenceli, 1,51 doğal, 1,96 açık/net, 4,82 tehlikeli bulunurken, kontrol grubu gebelerinde ortalamalar 2,92 ile eğlenceli, 2,22 ile doğal, 2,76 ile açık/net ve 3,75 ile tehlikeli olarak bulunmuştur.

Tablo 3.3.'e bakıldığında doğumda çocuğun öleceğine ilişkin düşünce ortalamaları deney grubu gebeleri için 1,55, kontrol grubu gebeleri için 2,35 olarak belirlenmişken, doğumda bebeğin zarar görebileceğine ilişkin düşünce ortalamaları deney grubu gebeleri için 1,88, kontrol grubu gebeleri için 2,67 olarak belirlenmiştir.

3.4. VAS1 Değerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile VAS1 Değerinin Karşılaştırılması

		VAS1									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p
Yaş	18-21	32	6,06	1,413	4,695*	0,196	28	6,25	1,236	2,289*	0,515
	22-25	14	5,79	1,251			18	6,72	0,958		
	26-29	4	7,00	1,414			3	6,67	1,528		
	30-34	1	4,00	0			2	6,00	1,414		
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0	0	5,687*	0,128	3	7,67	0,577	6,978*	0,073
	Ortaokul	19	5,47	1,645			22	6,68	0,945		
	Lise	30	6,27	1,112			23	6,04	1,261		
	Üniversite	1	8,00	0			3	6,33	1,155		
Çalışma Durumu	Evet	3	6,33	0,577	62,500**	0,697	2	7,00	0,000	34,000**	0,452
	Hayır	48	6,00	1,429			49	6,41	1,171		
Aile Tipi	Geniş aile	12	5,42	1,929	171,000**	0,152	15	6,40	1,454	261,000**	0,847
	Çekirdek aile	39	6,21	1,151			36	6,44	1,027		
Aylık Gelir	0-1000 TL	2	5,00	1,414	2,206*	0,332	2	6,50	0,707	0,760*	0,684
	1000-3000 TL	45	6,00	1,414			46	6,39	1,183		
	3000 TL ve üstü	4	6,75	0,957			3	7,00	1,000		
Sosyal Güvence	SSK	34	5,97	1,359	4,414*	0,353	35	6,43	1,243	1,732*	0,785
	Emekli Sandığı	3	6,67	1,528			1	6,00	0		
	Bağ-Kur	5	6,20	1,304			5	6,60	1,342		
	Yeşil Kart	7	5,43	1,618			7	6,14	0,690		
	Ücretli	2	7,50	0,707			3	7,00	1,000		

*Kruskal Wallis H testi, **Mann-Whitney U testi

Tablo 3.4.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş grupları ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin yaşları ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.4.'de çalışmada yer alan gebelerin eğitim seviyeleri ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Çalışma gruplarının eğitim seviyeleri ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunmamıştır ($p>0,05$), deney ve kontrol gruplarının eğitim seviyelerine göre VAS1 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.4.'de gebelerin çalışma durumları ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerinin çalışma durumları ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.4.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin aile tipleri ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin aile tipleri ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.4.'de gebelerin gelir seviyeleri ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının gelir seviyeleri ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gebelerin gelir seviyelerine göre VAS1 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.4.'de çalışmada yer alan gebelerin sosyal güvenceleri ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin sosyal güvenceleri ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.5. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile VAS1 Değerinin Karşılaştırılması

		VAS1									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
Obstetrik Özellikler		Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p
Gebelikte problem yaşanması	Evet	7	5,14	1,676	94,500*	0,096	8	7,00	1,309	113,000*	0,114
	Hayır	44	6,16	1,311			43	6,33	1,107		
Gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma	Evet	19	5,95	1,177	294,500*	0,850	8	6,38	1,302	164,000*	0,830
	Hayır	32	6,06	1,523			43	6,44	1,140		
Eğitim süresi	1-3 kez	7	6,00	1,155	3,840**	0,147	2	7,50	0,707	2,638**	0,267
	4-6 kez	1	3,00	0			1	5,00	0		
	7-9 kez	11	6,18	0,874			5	6,20	1,304		

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis H testi

Tablo 3.5.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin gebelikte problem yaşamaları ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında gebelikte problem yaşanması ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gebelerin gebelikte problem yaşama durumlarına göre VAS1 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.5.'de gebelerin gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi almaları ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Gebelerin eğitim/bilgi alma durumları ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.5.'de çalışmaya katılan gebelerin eğitim süreleri ile VAS1 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin eğitim süreleri ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.5. VAS2 Değerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.6. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile VAS2 Değerinin Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler		VAS2									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
		Sayı (n)	\bar{x}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{x}	SS	KW/U	p
Yaş	18-21	32	0,91	0,777	2,562*	0,464	28	1,25	0,967	1,638*	0,651
	22-25	14	0,93	0,997			18	1,28	1,179		
	26-29	4	1,25	0,500			3	2,00	1,000		
	30-34	1	0,00	0			2	1,50	0,707		
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0	0	4,348*	0,226	3	2,00	1,000	3,929*	0,269
	Ortaokul	19	1,16	0,958			22	1,55	1,101		
	Lise	30	0,73	0,691			23	1,04	0,928		
	Üniversite	1	1,00	0			3	1,00	1,000		
Çalışma Durumu	Evet	3	1,00	1,000	67,000**	0,830	2	1,00	1,414	41,500**	0,705
	Hayır	48	0,92	0,821			49	1,33	1,029		
Aile Tipi	Geniş aile	12	1,33	0,888	152,500**	0,052	15	1,27	1,100	263,000**	0,880
	Çekirdek aile	39	0,79	0,767			36	1,33	1,014		
Aylık Gelir	0-1000 TL	2	1,00	0,000	1,174*	0,556	2	0,50	0,707	1,709*	0,425
	1000-3000 TL	45	0,96	0,852			46	1,33	1,012		
	3000 TL ve üstü	4	0,50	0,577			3	1,67	1,528		
Sosyal Güvence	SSK	34	0,88	0,769	5,746*	0,219	35	1,34	1,083	5,048*	0,282
	Emekli Sandığı	3	0,67	0,577			1	0,00	0		
	Bağ-Kur	5	1,80	1,095			5	1,80	0,447		
	Yeşil Kart	7	0,57	0,535			7	0,86	0,900		
	Ücretli	2	1,00	1,414			3	1,67	1,155		

*Kruskal Wallis H testi, **Mann-Whitney U testi

Tablo 3.6.'da çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş grupları ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının yaşları ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gebelerin yaşlarına göre VAS2 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.6.'da gebelerin eğitim seviyeleri ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Gebelerin eğitim seviyeleri ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.6.'da çalışmada yer alan gebelerin çalışma durumları ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerinin çalışma durumları ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.6.'da çalışmaya dahil edilen gebelerin aile tipleri ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin aile tipleri ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.6.'da çalışmada yer alan gebelerin gelir seviyeleri ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin gelir seviyeleri ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gebelerin gelir seviyelerine göre VAS2 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.6.'da gebelerin sosyal güvenceleri ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının sosyal güvenceleri ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.7. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile VAS2 Değerinin Karşılaştırılması

		VAS2									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
Obstetrik Özellikler		Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p
Gebelikte problem yaşanması	Evet	7	0,86	1,069	136,500*	0,607	8	1,88	1,246	118,500*	0,149
	Hayır	44	0,93	0,789			43	1,21	0,965		
Gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma	Evet	19	0,84	0,834	281,000*	0,630	8	1,25	1,035	165,500*	0,861
	Hayır	32	0,97	0,822			43	1,33	1,040		
Eğitim süresi	1-3 kez	7	0,57	0,787			2	2,50	0,707		
	4-6 kez	1	1,00	0	1,181**	0,554	1	1,00	0	3,657**	0,161
	7-9 kez										
	11 kez	11	1,00	0,894			5	0,80	0,837		

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis H testi

Tablo 3.7.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin gebelikte problem yaşamaları ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında gebelikte problem yaşanması ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.7.'de çalışmada yer alan gebelerin gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi almaları ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Gebelerin eğitim/bilgi alma durumları ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), deney ve kontrol grubu gebelerinin gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma durumlarına göre VAS2 değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.7.'de gebelerin eğitim süreleri ile VAS2 değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin eğitim süreleri ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.6. W-DEQ-B Değerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.8. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile W-DEQ-B Değerinin Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler		W-DEQ-B									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
		Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p
Yaş	18-21	32	77,7500	14,0322	5,116*	0,164	28	122,3929	20,8137	7,301*	0,063
	22-25	14	76,3571	13,3163			18	115,9444	26,7394		
	26-29	4	66,7500	7,2743			3	97,6667	18,9296		
	30-34	1	123,0000	0			2	84,0000	9,8994		
Eğitim Durumu	İlkokul	0	0	0	0,316*	0,957	3	134,6667	18,5562	15,006*	0,002
	Ortaokul	19	78,6842	17,8700			22	126,5000	24,3657		
	Lise	30	76,7667	13,4822			23	110,0000	19,5936		
	Üniversite	1	70,0000	0			3	86,0000	11,5325		
Çalışma Durumu	Evet	3	65,0000	14,0000	37,000	0,161	2	79,5000	3,5355	4,500**	0,031
	Hayır	48	78,1667	14,7595	**		49	118,6939	23,1995		
Aile Tipi	Geniş aile	12	82,3333	13,5400	164,500	0,123	15	121,5333	18,0589	246,000	0,620
	Çekirdek aile	39	75,8718	15,1487			**	36	115,3333		
Aylık Gelir	0-1000 TL	2	81,5000	2,1213	0,562*	0,755	2	114,5000	45,9619	4,185*	0,123
	1000-3000 TL	45	77,4667	15,5177			46	119,8261	20,4279		
	3000 TL ve üstü	4	74,5000	12,2882			3	78,0000	38,5097		
Sosyal Güvence	SSK	34	73,8235	13,4265	9,995*	0,041	35	115,4000	20,6300	6,032*	0,197
	Emekli Sandığı	3	76,3333	13,6504			1	40,0000	0		
	Bağ-Kur	5	89,6000	10,0149			5	121,6000	27,2910		
	Yeşil Kart	7	89,0000	17,9536			7	129,5714	23,1650		
	Ücretli	2	68,5000	13,4350			3	127,0000	17,3205		

*Kruskal Wallis H testi, **Mann-Whitney U testi

Tablo 3.8.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş grupları ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin yaşları ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gebelerin yaşlarına göre W-DEQ-B değeri birbirine benzerdir.

Tablo 3.8.'de gebelerin eğitim seviyeleri ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney grubu gebelerinin eğitim seviyeleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerinin eğitim seviyeleri ile W-DEQ-B

değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite mezunlarının W-DEQ-B değeri diğerlerine göre düşüktür.

Tablo 3.8.'de çalışmada yer alan gebelerin çalışma durumları ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney grubu gebelerinin çalışma durumları ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), deney grubunu oluşturan gebelerin çalışma durumlarına göre W-DEQ-B değeri birbirine benzerdir. Kontrol grubu gebelerinin çalışma durumları ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan gebelerin W-DEQ-B değeri çalışmayan gebelere göre düşüktür.

Tablo 3.8.'de çalışmaya katılan gebelerin aile tipleri ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerinin aile tipleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.8.'de gebelerin gelir seviyeleri ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin gelir seviyeleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.8.'de çalışmaya dahil edilen gebelerin sosyal güvenceleri ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney grubu gebelerinin sosyal güvenceleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). SSK ve Emekli Sandığı güvencesi olanların W-DEQ-B değerleri, Bağ-Kur ve Yeşil Kart güvencesi olanlara göre

düşüktür. Kontrol grubu gebelerinin sosyal güvenceleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), kontrol grubu gebelerinin sosyal güvencelerine göre W-DEQ-B değeri birbirlerine benzerdir.

Tablo 3.9. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile W-DEQ-B Değerinin Karşılaştırılması

		W-DEQ-B									
		Deney (n=51)					Kontrol (n=51)				
Obstetrik Özellikler		Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p	Sayı (n)	\bar{X}	SS	KW/U	p
Gebelikte problem yaşanması	Evet	7	86,1429	22,4382	113,500	0,267	8	125,3750	15,4544	132,500*	0,306
	Hayır	44	76,0000	13,1873	*		43	115,6279	25,1121		
Gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi alma	Evet	19	76,3158	18,1996	257,500	0,365	8	96,2500	30,4525	82,500*	0,020
	Hayır	32	78,0313	12,8552	*		43	121,0465	20,7937		
Eğitim süresi	1-3 kez	7	73,0000	8,12404			2	91,0000	21,2132		
	4-6 kez	1	85,0000	0	0,843**	0,656	1	99,0000	0	0,583**	0,747
	7-9 kez	11	77,6364	23,22616			5	97,8000	38,6225		
	kez										

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis H testi

Tablo 3.9.'de çalışmaya dahil olan gebelerin gebelikte problem yaşamaları ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında gebelikte problem yaşanması ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.9.'da gebelerin gebelik ve doğumla ilgili eğitim/bilgi almaları ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Deney grubu gebelerinin eğitim/bilgi almaları durumu ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu gebelerinin eğitim/bilgi almaları durumu ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu gebeleri arasında eğitim/bilgi alanların W-DEQ-B değeri eğitim/bilgi almayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 3.9.'da çalışmada yer alan gebelerin eğitim süreleri ile W-DEQ-B değeri arasındaki ilişkinin analizi için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin eğitim süreleri ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), gruplardaki gebelerin eğitim sürelerine göre W-DEQ-B değeri birbirine benzerdir.

3.7. VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Değerlerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.10. Deney ve Kontrol Grupları ile VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Değerlerinin Karşılaştırılması

	Deney (n=51)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=102)	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	U	p
VAS1	6,02	1,393	6,43	1,153	1087,000*	0,142
VAS2	0,92	0,821	1,31	1,029	1021,500*	0,050
W-DEQ-B	77,3922	14,91319	117,156	23,99948	225,500*	0,000

*Mann-Whitney U testi

Tablo 3.10.'da çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu gebelerinin VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B değerlerinin analizi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

VAS1 değeri, deney grubunda $6,02 \pm 1,393$, kontrol grubunda $6,43 \pm 1,153$ olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ağrı değerleri birbirine benzerdir.

VAS2 değeri, deney grubunda $0,92 \pm 0,821$, kontrol grubunda $1,31 \pm 1,029$ bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,05$). Buna göre deney grubundaki gebelerin VAS2 ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre düşüktür.

W-DEQ-B değeri, deney grubunda $77,3922 \pm 14,913$, kontrol grubunda $117,156 \pm 23,999$ bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları ile W-DEQ-B değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$), deney ve kontrol grubu gebelerinin ağrı değerleri birbirinden farklıdır. Buna göre deney grubundaki gebelerin W-DEQ-B ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre düşüktür.

Tablo 3.11. Deney Grubunda VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		VAS1	VAS2	W-DEQ-B
VAS1	Spearman Korelasyon (r)	1,000	,340	,156
	p	-	,015*	,273
	Sayı (n)	51	51	51
VAS2	Spearman Korelasyon (r)	,340	1,000	,049
	p	,015*	-	,731
	Sayı (n)	51	51	51
W-DEQ-B	Spearman Korelasyon (r)	,156	,049	1,000
	p	,273	,731	-
	Sayı (n)	51	51	51

Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır ($p < 0,05$)

Deney grubu gebelerinin VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B değerleri arasında yapılan Spearman Korelasyon analizi sonuçlarına göre;

VAS1 ile VAS2 arasındaki ilişki %34 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkidir ($p < 0,05$, $r = 0,340$).

VAS1 ile W-DEQ-B arasındaki ilişki %15,6 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişkidir ($p>0,05$, $r=0,156$).

VAS2 ile W-DEQ-B arasındaki ilişki %4,9 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişkidir ($p>0,05$, $r=0,049$).

Tablo 3.12. Kontrol Grubunda VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		VAS1	VAS2	W-DEQ-B
VAS1	Spearman Korelasyon (r)	1,000	,447	,330
	p	-	,001**	,018*
	Sayı (n)	51	51	51
VAS2	Spearman Korelasyon (r)	,447	1,000	,164
	p	,001**	-	,251
	Sayı (n)	51	51	51
W-DEQ-B	Spearman Korelasyon (r)	,330	,164	1,000
	p	,018*	,251	-
	Sayı (n)	51	51	51

Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır ($p<0,05$)

Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır ($p<0,01$)

Kontrol grubu gebelerinin VAS1, VAS2 ve W-DEQ-B değerleri arasında yapılan Spearman Korelasyon analizi sonuçlarına göre;

VAS1 ile VAS2 arasında ilişki %44,7 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkidir ($p<0,05$, $r=0,447$).

VAS1 ile W-DEQ-B arasında ilişki %33 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişkidir ($p<0,05$, $r=0,330$).

VAS2 ile W-DEQ-B arasındaki ilişki %16,4 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişkidir ($p>0,05$, $r=0,164$).

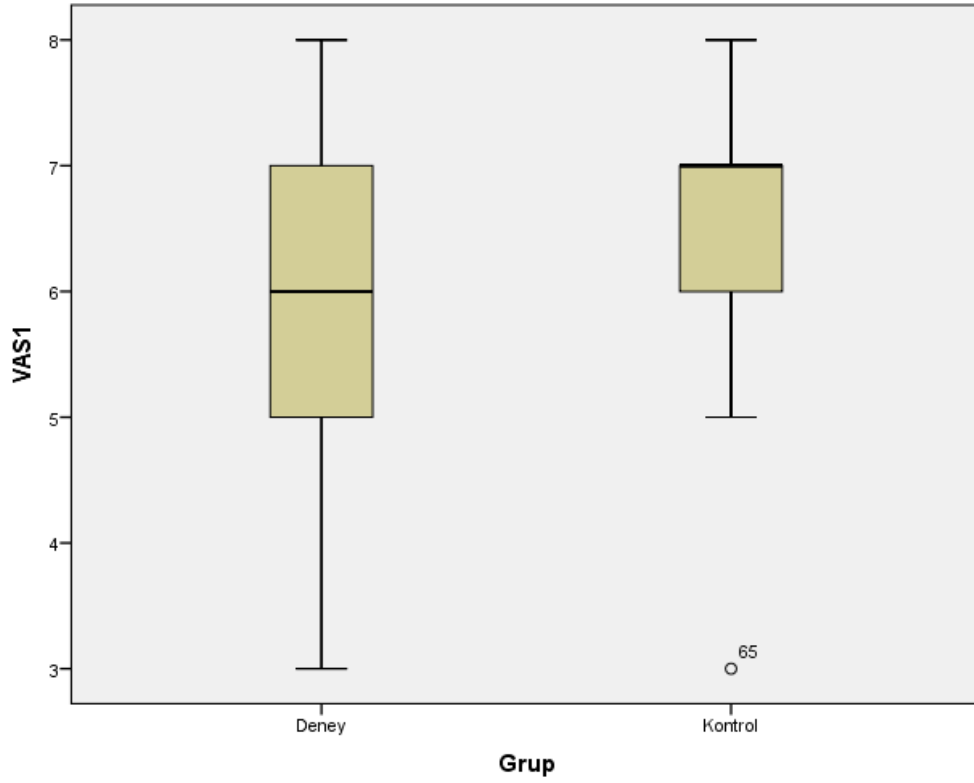
3.8. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.13. W-DEQ-B Puanlarının Grupların Doğum Korkusu Düzeylerine Göre Dağılımı

W-DEQ-B Puanları	Deney (n=51)		Kontrol (n=51)		Toplam (n=102)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
38-65 (orta derece)	13	25,5	1	2,0	14	13,7
66-84 (ağır derece)	22	43,1	4	7,8	26	25,5
≥85 (klinik derece)	16	31,4	46	90,2	62	60,8
Toplam	51	100	51	100	102	100

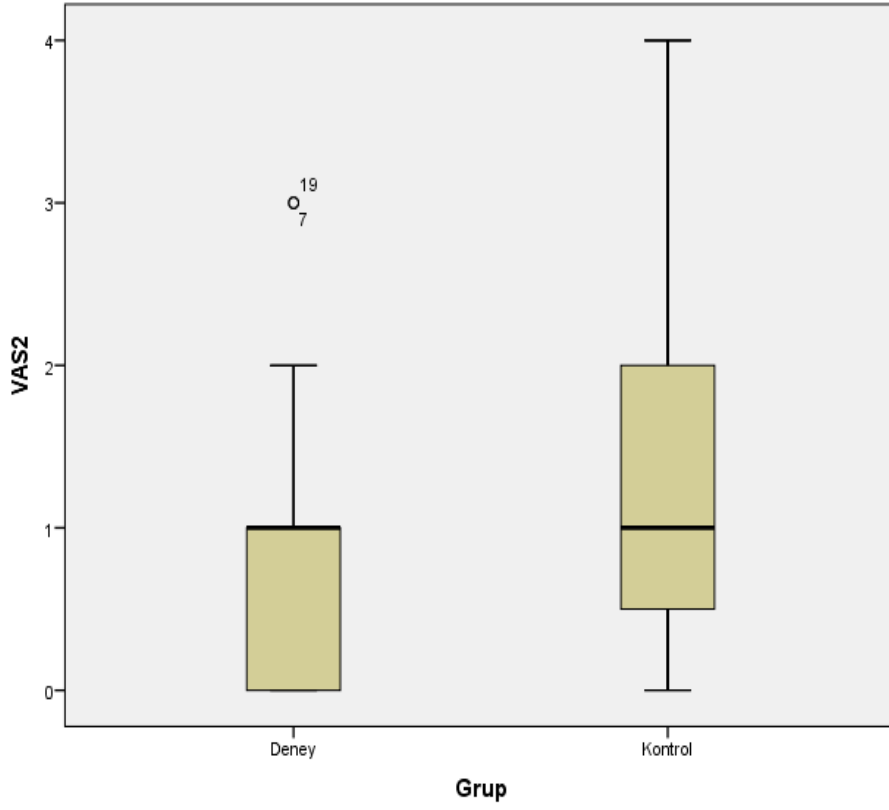
Tablo 3.13.'de çalışmaya dahil edilen deney grubundaki gebelerin %25,5'inin (n=13) orta, %43,1'inin (n=22) ağır, %31,4'ünün (n=16) klinik derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.13.'de çalışmada yer alan kontrol grubundaki gebelerin %2'sinin (n=1) orta, %7,8'inin (n=4) ağır, %90,2'sinin (n=46) klinik derecede doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır.



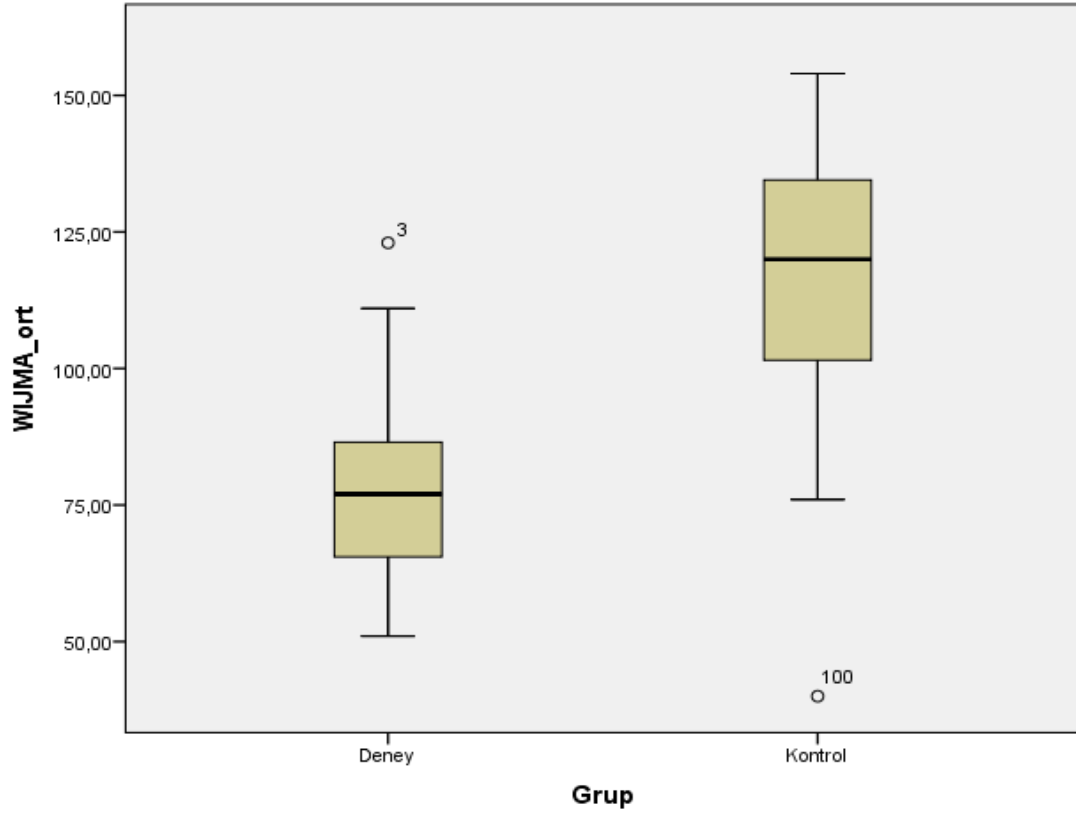
Şekil 3.1. VAS1 Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelere doğum öncesi herhangi bir eğitim verilmemiş olması ve gebelerin ağrı seviyelerinin benzer özellikler göstermesi nedeniyle, travaydaki ağrı algılarının belirli bir aralıkta dağılım göstermemesi beklenen bir sonuçtur.



Şekil 3.2. VAS2 Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Doğum sonrasında deney grubu gebelerinin kontrol grubu gebelerine göre daha az ağrı hissettikleri görülmüştür. Deney grubunda verilen destekle birlikte ağrı algısının azaldığı ve hemşirelik desteğinin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 3.3. W-DEQ-B Ölçeği'nin Ortalamasının Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı

Deney grubunda yer alan gebelerin ortalamalarının birbirine daha yakın olduğu belirlenmiştir. Deney grubu gebelerinin kontrol grubu gebelerine göre doğumdan beklentilerinin olumlu yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. TARTIŞMA

Gebelik, normal bir yaşam deneyimi (Karahan ve Göncü Serhatlıoğlu, 2019a), doğum ise doğal bir süreçtir (Rathfisch, 2018). Doğumun bilinmezliğini yaşayan kadınlara, duygusal, fiziksel ve psikolojik destek sağlanması önemlidir (Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Gebelerin endişe ve korkularından uzaklaşmaları için, doğum öncesi yeterli bilgilendirme ve psikolojik olarak doğuma hazırlık aşamasının sağlanması gerekmektedir (Berkiten Ergin, 2014b; Aksoy, 2015). Doğum korkusu yaşayan gebelerin, lohusalara kıyasla daha yüksek doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Khwepeya et al., 2018). Gebelerin doğum memnuniyetlerinin artırılması ve doğum ağrısı kaynaklı oluşan korkularının giderilmesi için ebelere ve hemşirelere, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı hakkında bilgilendirme yapmak, gebelere bu yöntemleri öğretmek ve destekleyici bakım sağlamak gibi görevler düşmektedir (Avcıbay ve Alan, 2011; Uludağ ve Mete: 2014).

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

TNSA 2013 verilerinde 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 22,9'dur, tüm kadınların %31'i ve evlenmiş kadınların %27'si en az lise mezunudur (TNSA, 2013). Çalışmamıza katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, kontrol ve deney grubundaki gebelerin çoğunlukla 18-25 yaş aralığında, lise ve ortaokul mezunu, orta düzeyde gelir seviyesine ve ağırlıklı olarak çekirdek aile yapısına sahip oldukları, büyük oranda çalışmadıkları ve sosyal güvencelerinin bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemini primipar gebelerden oluştuğu için, evlilik sürelerinin 0-5 yıl arasında olması beklenen bir bulgudur. Gebeler açısından bulguların, TNSA (2013) verilerinden düşük çıkması çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının küçük olması nedeniyle henüz çalışma hayatıyla tanışmamış olabilecekleri, eşlerinin ev geçindirme rolünü üstlenmesi sebebiyle

çalışma ihtiyacı hissetmeyebilecekleri, aile içinde ya da tarım sektöründe çalışan kadınların da kendilerini ev hanımı olarak tanımlayabilecekleri düşünülmüştür.

4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmaya katılan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunlukla 38. ve 39. gebelik haftalarında oldukları bulunmuş ve hepsinin (n=102) isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre ise doğurganlık çağında yer alan kadınların son beş yıl içinde yaptıkları doğumların %74'ü istemlidir, %11 gebeliğin daha sonra olmasını istemekte, %13'ü gebeliği istememektedir (TNSA, 2013). Çalışmamızda bu oranın yüksek olmasında, çalışmaya dahil edilen kadınların ilk kez gebelik yaşamalarının etkili olduğu düşünülmüştür. Gebeliğin istemli olmasının doğum sürecini olumlu yönde etkilediği kanısına varılmıştır.

Yenal ve ark. (2010)'nın yapmış olduğu çalışmada, kadınların gebelikleri hakkında bilgi alma durumu %95,1'dir. Bilgi kaynağı dağılımları ise, %78,1 hekim, %12,2 hemşire-ebe, %65,9, doğuma hazırlık sınıfı %4,9, web sayfaları %58,5 olarak bulunmuştur. Uçar (2013)'in çalışmasında, lohusaların %62,8'i sağlık personelinen eğitim almıştır. Çalışmamızda kadınların gebelikleri hakkında bilgi alma durumu %26,5'dir. Çalışmamızdaki verilerin farklı çıkması, gebelerin yaş ortalamasının ve eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlanmıştır. TNSA (2013) verilerine baktığımızda, gebelerin %97'si en az bir kez sağlık personelinen doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarından bilgi alma oranının düşük olması (%15,7), merkezde gebe okulu/doğuma hazırlık sınıfı bulunmamasına ve ilçeye sadece doğum yapmak amacıyla çevredeki yerleşim yerlerinden gelen gebelerin, doğum süreçlerinde düzenli olarak doktor kontrolüne gitmedikleri sonucuna varılmıştır. Deney ve kontrol grubu gebelerinin obstetrik özellikleri ile ağrı

düzeyleri karşılaştırıldığında gebelikte problem yaşanması, gebelikle ilgili bilgi/eğitim alma, bilgi alanlarda ise eğitim süreleri ile travayda ve doğum sonrası hissedilen ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Antenatal kontrollerde çoğunlukla sağlık personelinin eğitim/bilgi alan gebelerin herhangi bir eğitim sınıfına ya da eğitim merkezine dahil olmadıkları bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda, ilk gebeliği olanların daha yüksek doğum korkusu yaşadıkları belirlenmiştir (Zar et al., 2001; Seller, 2012). Primipar ve multipar gebeler ile yapılan doğumun erken evresinde yaşanan doğum korkusunun gruplar arasında karşılaştırdığı çalışmada, primipar gebelerin multipar gebelerden daha fazla korku yaşadıkları saptanmıştır (Alehagen et al., 2001). Çalışmamızda ise gebelerin doğum hakkındaki düşünce ve beklentileri incelendiğinde ilk üç sırada mutluluk, ağrı, korku yer almıştır. Anne olma duygusunun en fazla oranda mutluluk, doğum ile ilgili bilinmezliklerin ise korku ve ağrı olduğunun ifade edilmesi, çalışmaya katılan gebelerin primipar olmalarına bağlanmıştır. Çalışmamızda yer alan gebelerin çoğunun doğum öncesi yeterince bilgi almadıkları ve buna bağlı olarak doğuma yönelik bilinmezlikten dolayı negatif duygularının ağır bastığı düşünülmüştür.

4.3. Gebelerin Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Doğum ağrısı, fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadınların bu ağrıyı algılama düzeyleri farklılık göstermektedir (Yılmaz, 2019). Yapılan bir çalışmada, örnekleme oluşturan 70 gebeden %48,2'si ağrıyı normal olarak kabul ettiklerini, %7,1'i ise ağrı sebebiyle gebeliklerini negatif yaşadıklarını belirtmişlerdir (Sani, 2015).

Türkmen (2017)'in çalışmasında, sıcak uygulama, masaj ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğum eyleminde algıladıkları ağrı düzeylerini içeren bulgular

incelendiğinde, gebelerle ilk karşılaşmada ve doğum sonrasında müdahale ve kontrol grupları arasında ağrı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Nijerya’da doğum ağrısının değerlendirildiği bir çalışmada, gebelerin ağrı puan ortalamaları %50 şiddetli (VAS>7,1), %48 orta (VAS 3,1-7), %1,5 hafif (VAS≤3) olarak belirlenmiş ve doğumda gebelerin önemli oranda (%86,4) ağrı kesici istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Akadri and Odelola, 2018). Ülkemizde yapılan ve doğum öncesi ağrı beklentisi ile doğum sonrası ağrı ve ağrı algılaması arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada, doğum öncesi ağrı beklentileri düşük olan gebelerin, doğum sırasında daha az ağrı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Aksoy ve ark., 2016). Çalışmamızda yer alan her iki grup açısından VAS1 puan ortalamalarının VAS2 puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Travaydaki ağrı seviyesi doğum sonrasına göre yüksek değerlerde bulunmuştur. Çalışmamızdaki grupların travaydaki ağrı puanları incelendiğinde, deney ve kontrol grupları ile VAS1 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0,05$), deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin ağrı puanlarının birbirine çok yakın olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin benzer olması ve ilk kez doğum deneyimi yaşayacak olmaları nedeniyle hissettikleri ağrı seviyelerinin yakın olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda yer alan gebelerin doğum sonrası ağrı puanları incelendiğinde, deney ve kontrol grupları ile VAS2 değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p=0,05$), deney grubunun ağrı puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç ile “**H_{1a}**: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrıları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır” hipotezimiz doğrulanmıştır. Doğum sürecinde deney grubu gebelerine verilen hemşirelik desteğinin, doğum sonrasında yaşanan ağrı algısını azalttığı ve deney grubu gebelerinin kontrol grubu gebelerine göre daha olumlu doğum deneyimi yaşadıkları bulunmuştur.

Özsoy ve ark. (2018), normal doğum yapması beklenen gebelerin hissettikleri ağrı seviyesi ile ilgili yaptıkları çalışmada gebelerin yaş, eğitim durumu, ekonomik seviyesi gibi sosyo-demografik verileri ile VAS puanları arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Sezaryen ve vajinal doğum yapan hasta gruplarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise, gebelerin gelir düzeyinin ve eğitim durumunun doğum sonrasındaki ağrı düzeylerine herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Hem doğum öncesi hem de doğum sonrası VAS değerlerinin sezaryen grubunda daha düşük olduğu saptanmış ve vajinal doğum korkusunun yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yüksel ve ark., 2015). İran’da yapılan bir başka çalışmada, primiparların yoğun ağrı hissettiği belirlenmiş ve bu ilk doğum ağrısı deneyimi, stres ve anksiyeteyele bağdaştırılmıştır (Yadollahi et al., 2013). Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol grubunu oluşturan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin VAS1 ve VAS2 üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Gebelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir seviyesi, sosyal güvencesi ile travayda ve doğum sonrası yaşadıkları ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızdaki gebelerin primipar olması nedeniyle doğuma bakış açılarının ve hissettikleri ağrının benzer özellikler gösterebileceği düşünülmüştür.

4.4. Gebelerin Doğum Beklentilerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Gebelerde yaygın olarak görülen ve önemli bir sorun olan doğum korkusunun sağlık profesyonelleri tarafından dikkatle ele alınması gerekmektedir (Wijma, 2003; Körükçü ve ark., 2010). Sosyal ve psikolojik kaynakları düşük olan kadınlarda daha fazla doğum korkusu görülmektedir (Laursen et al., 2008).

Öztürk (2014), travayda primipar gebelerin doğum korkusunun giderilmesinde hemşirelik desteğinin etkisini incelediği çalışmasında travayın başlangıcında ve doğum sonrasında gebelere uygulanan W-DEQ ölçeğinin puan ortalamaları iki grup arasında anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Bu farkın deney grubu gebelerine verilen hemşirelik desteğinden kaynaklandığını vurgulamıştır. Katılımcıların %39’u primipar, çoğunluğu çalışmayan ve ilkokul mezunu olan bir araştırmada, W-DEQ

puan ortalaması $85,63 \pm 13,76$ bulunmuştur. Değerin yüksek olması nedeniyle gebelerin doğuma yeterince hazırlanmadıkları ve doğum korkusu yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Şahin ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada gebelerin yaşadığı doğum korkusu yüksek düzeyde ($79,9 \pm 17,3$) belirlenirken (Körükçü ve ark., 2017), başka bir çalışmada gebelerin gebelik ve doğum ile ilgili orta düzeyde ($63,83 \pm 20,172$) kaygı ve doğum korkusu yaşadıklarını belirlenmiştir. Doğumla ilgili verilen eğitimin yetersiz olduğu ve bu alandaki eksikliklerin giderilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Erkaya ve ark., 2017). Çalışmamızda, deney grubu ile kontrol grubunun W-DEQ-B puan ortalamaları açısından fark bulunmuş ve deney grubunun puan ortalamasının ($77,39 \pm 14,91$) kontrol grubuna ($117,15 \pm 23,99$) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ile “**H_{2b}**: Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum beklentisi üzerine anlamlı bir etkisi vardır” hipotezimiz doğrulanmıştır. Travayda bire bir hemşirelik desteği verilen gebelerin, destek verilmeyen gebelere göre doğum korkularının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Gebelerin doğumlarında aktif olmalarını sağlayarak, onları cesaretlendirerek, bilgilendirerek ve destekleyerek, doğum korkularından uzaklaşabilecekleri düşünülmüştür. Bizim çalışmamızla paralellik gösteren, hemşirelik bakımının doğum korkusu, deneyimi ve konforuna etkisinin değerlendirildiği çalışmada, girişim grubunun W-DEQ-B puan ortalaması $68,70 \pm 8,02$, kontrol grubunun W-DEQ-B puan ortalaması ise $90,40 \pm 17,06$ 'dır (Unutkan, 2018). Güneysu (2016), doğum öncesi ve sonrası primipar ve multiparlarda iki aşamalı olarak yürüttüğü çalışmasında W-DEQ-B puan ortalamasını $58,83 \pm 20,96$ olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızdaki W-DEQ-B puan ortalamalarının yüksek çıkmasında, sadece primipar gebelerden oluşan örnekleme sahip olmamızın etkili olduğu düşünülmüştür.

Yılmaz (2017), çalışmasında W-DEQ-B (doğum sonrası) puan ortalamasını $87,74 \pm 28,92$ bulmuş, kadınların %1,5'inin düşük, %21,2'sinin orta, %31'inin ağır, %45,8'inin klinik derecede doğum korkusu yaşadığını saptamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada, lohusaların %23,7'sinde düşük, %38'inde orta, %23,7'sinde ağır, %14,6'sında ise klinik düzeyde doğum korkusu belirlenmiştir (Uçar, 2013). Unutkan

(2018)'in çalışmasında, doğuma hazırlık eğitimi sonrası girişim grubundaki gebelerin %44,4'ünde düşük, %37,8'inde orta, %13,3'ünde ağır, %4,4'ünde klinik düzeyde, kontrol grubundaki gebelerin ise %9,1'inde orta, %29,5'inde ağır, %61,4'ünde klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı sonucuna varılmıştır. Öztürk (2014), çalışmasında W-DEQ puan ortalaması, deney grubu gebelerinde %63,6 düşük, %34,1 orta, kontrol grubu gebelerinde %47,8 klinik, %39,1 ağır olarak saptanmıştır. Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin %25,5'inin orta (38-65 puan), %43,1'inin ağır (66-84 puan), %31,4'ünün klinik derecede (≥ 85 puan), kontrol grubundaki gebelerin ise %7,8'inin ağır (66-84 puan), %90,2'sinin klinik (≥ 85 puan) derecede doğum korkusu yaşadığını belirlenmiştir. Bizim çalışmamızdan daha düşük oranlarda doğum korkusu verilerine ulaşılan bazı çalışmalarda kullanılan ölçeğin farklı bir formda olmasının (W-DEQ-A) ve çalışmalardaki gebelerin doğum öncesi eğitim alma oranlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu sonuç bize, gebelerin doğum öncesinde eğitim almasının doğum korkusunun giderilmesi üzerinde önemli olduğunu vurgulamaktadır. Serçekuş (2011), antenatal dönemde alınacak eğitim sayesinde korku-ağrı-gerginlik siklusunun engelleneceği ve doğuma yönelik korkuların azalacağı sonucuna varmıştır. Jokić-Begić ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülmüş olan çalışmada, nulliparların multiparlardan daha fazla doğum korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Körükçü ve ark. (2010), yaptıkları çalışmada, 287 gebenin ağır (66-84 puan), 271 gebenin klinik (≥ 85 puan) derecede doğum korkusu yaşadığını belirlemişler ve W-DEQ skorunun ilk kez anne olacaklarda multiparlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Doğum korkusu olan kadınların daha iyi danışmanlık ve destek ihtiyacı olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamıza Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile W-DEQ-B Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol grupları değerlendirildiğinde, yaşın doğum beklentisi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Literatür incelendiğinde, bazı çalışmalar yaşın doğum korkusunu etkilemediğini

göstermektedir. Doğum korkusu ile yaş faktörü arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızla aynı sonuçlara ulaşılmıştır (Nieminen et al., 2009; Subaşı ve ark., 2013; Keklikçi, 2018). Başka çalışmalarda, gebelerin yaşının arttıkça doğum korkusu puanlarının düştüğü belirlenmiş, genç anne yaşı gebelikte kaygıya neden olan faktörler ve doğum korkusu ile ilgili veriler arasında yer almıştır (Saisto and Halmesmäki, 2003; Özen Gün, 2018). Bizim çalışmamızda yaş ve W-DEQ-B arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen çalışmamızda yer alan hem deney grubu hem de kontrol grubu gebelerinde yaşın artmasıyla W-DEQ-B puan ortalamalarının düştüğü dolayısıyla doğum korkusunun azaldığı sonucuna varılmıştır. Yaşın ilerlemesiyle doğum hakkındaki bilinçlenmenin de artmasına bağlı olarak, W-DEQ-B puanının azalabileceği düşünülmüştür.

Eğitim durumu ile W-DEQ-B puan ortalaması arasında deney grubu açısından anlamlı bir ilişki bulunmamış ($p>0,05$), ama her iki grupta da eğitim seviyesi arttıkça W-DEQ-B puanlarının düştüğü görülmüştür (Tablo 3.8.). Gebelerin eğitim seviyeleri arttıkça, doğum korkularının azaldığı sonucuna varılmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin doğum korkusunu arttırdığı bulunmuştur (Saisto and Halmesmäki, 2003; Laursen et al., 2008; Khwepeya et al., 2018). Bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesi ile doğum korkusunun değişmediği sonucuna varılmıştır (Nieminen et al., 2009; Özen Gün, 2018). Eğitim seviyesinin yükselmesi sonucunda farkındalıklarının da artması beklenen gebelerin, yetersiz ve yanlış bilgileri sorgulayarak ve doğum hakkındaki sorularını/düşüncelerini dile getirmekten çekinmeyerek doğum korkusundan uzaklaşacakları sonucuna varılmıştır. Gebelerin eğitim düzeyleri dikkate alınarak doğuma yönelik verilecek eğitim ve bilgilendirmelerde gebenin doğumu ve doğum sürecinde yapılması gerekenleri daha iyi kavrayabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Çalışma durumu ile doğum beklentisi arasındaki ilişkiye bakıldığında, deney grubunu oluşturan gebelerde anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0,05$), ancak çalışanların W-DEQ-B puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha düşük olduğu

belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise çalışma durumuyla doğum beklentisi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmayanların W-DEQ-B puan ortalaması çalışanlara göre daha yüksektir. Yapılan bir araştırmada kadınların çalışma durumu ile W-DEQ-B puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamasına rağmen çalışanların puan ortalaması çalışmayanlara göre biraz daha düşük değerde belirlenmiştir (Yılmaz, 2017). Başka bir çalışmada, işsiz olan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır (Khwepeya et al., 2018). Her iki çalışma da bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma hayatının ve getirdiği ekonomik özgürlüğün, kadınlara özgüven sağlayarak doğumlarında söz sahibi olmalarını sağladığı düşünülmüştür.

Yılmaz (2017)'in çalışmasında, aylık geliri kötü olan kadınların W-DEQ-B puan ortalaması $93,90 \pm 33,19$, orta olan kadınların $89,05 \pm 27,54$ ve iyi olan kadınların $75,41 \pm 22,52$ olduğu saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İran'da yapılan bir araştırmada, düşük gelire sahip olan gebelerin W-DEQ puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Mortazavi and Agah, 2018). Çalışmamızda aylık gelir seviyesi ile doğum beklentisi arasında her iki grup açısından da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Gelirin düşük olmasının gebelerde imkanlarının kısıtlanacağı düşüncesine yol açarak doğum korku düzeylerini arttırmada etkili olabileceği düşünülmüştür.

Keklikçi (2018), çalışmasında geniş ailede yaşayan gebelerin doğum korkusu genel puan ortalamaları çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek değerde olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda ise aile tipi ile doğum beklentisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bulgular incelendiğinde, anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan gebelerde çekirdek aileye sahip olanların W-DEQ-B puan ortalamaları geniş aileye sahip olanlara göre daha düşük seviyede belirlenmiştir. Çekirdek ailede yaşamanın, doğum konusunda söz sahibi olmada, daha hızlı ve bağımsız karar vermede daha etkili olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamıza Katılan Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile W-DEQ-B Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin, gebelikte problem yaşamaları ile W-DEQ-B puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmamasına ($p>0,05$) rağmen, verilere göre problem yaşamayanların W-DEQ-B puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan gebelerin vajinal doğuma engel teşkil edecek sistemik hastalıkları olmaması nedeniyle bulantı ve kusma gebeler tarafından sorun olarak algılanmıştır. Gebeliğin ilk trimesterinde yer alan bu sıkıntılı travaydaki doğum korkusu üzerinde çok etkili olmadığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda yer alan gebelerin eğitim/bilgi alma durumları ile W-DEQ-B puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubu gebelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışken ($p>0,05$), kontrol grubu gebelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Fakat hem deney hem de kontrol grubu verileri incelendiğinde, gebelik ve doğumla ilgili bilgi/eğitim alanlarda W-DEQ-B puan ortalaması değerleri düşüktür. Özen Gün (2018), çalışmasında doğuma yönelik bilgisi olmayanların daha çok korku yaşadığını saptamıştır. Yılmaz (2017)'in çalışmasında ise, gebelerin vajinal doğum hakkında bilgi alma durumu ile W-DEQ-B puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamış, bilgi alanların puan ortalaması $87,23\pm 28,45$, bilgi almayanların puan ortalaması ise $88,84\pm 30,11$ bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre doğum hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmayanların bilgi sahibi olanlardan daha yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadıkları görülmüştür. Konunun uzmanı olmayan kişilerden yanlış ya da eksik bilgi edinilmesinin, anlatılan olumsuz doğum deneyimlerinin, doğum hakkında yeterli araştırma yapılmamasının, soru sorulmamasının ve konuyla ilgili kitap okunmamasının doğum korkusuna yol açtığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda yer alan eğitim sürelerinin deney ve kontrol grupları açısından, doğum korkusu üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Eğitim süreleri gebelerin kontrollere gittiklerinde aldıkları bilgileri kapsadığı için bu verinin anlamlı olmadığı, eğitim merkezlerinden/sınıflarından alınacak doğum öncesi eğitimin W-DEQ-B puanı üzerinde etkisinin daha anlamlı olacağı düşünülmüştür.

4.5. VAS1, VAS2, W-DEQ-B Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi

Ülkemizde gerçekleştirilen ve primipar kadınların doğum tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri %71,1 oranla en fazla olarak doğumdan ve doğum ağrısından korkmadır (Gözükara ve Eroğlu, 2008). Yapılan bir diğer çalışmada ise, sezaryen isteyen hastalarda en sık neden %45,2 ile doğum korkusu olarak saptanmıştır (Büyükbayrak ve ark., 2010). Keklikçi (2018), çalışmasında gebelerin en çok doğumdan, doğum sırasında bebeğin zarar görmesinden ve çevreden olumsuz doğum deneyimleri duymalarından korktukları belirlenmiştir. İncelenen çalışmalarda doğum ağrısı ve doğum korkusu gebeler arasında oldukça yaygın bir durum olarak karşımıza çıkmıştır. Şanlı (2018), çalışmasında gebelerin çoğunluğunun vajinal doğuma olumlu bakmasına rağmen en çok doğum ağrısı çekmekten korktuklarını belirlemiştir. Çalışmamızda ise kontrol ve deney grubundaki gebeler doğum esnasında en fazla oranla doğum ağrısından yakındıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte doğum eylemini bir bütün olarak değerlendirdiğimizde ise deney grubunda eylemi harika olarak tanımlayan gebelerin puan ortalamaları daha yüksektir. Sonuç olarak doğum ağrısının her iki gruptaki gebelerde etkisinin yüksek olduğu ancak verilecek doğum öncesi hemşirelik desteği ile yaşanacak ağrıdan korkmalarına rağmen doğumu olumlu değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada, gebelerin çoğu doğum deneyiminde sosyal destek istediğini (%55 akraba, %17,3 eş) belirtmişlerdir (Yılmaz, 2017). Doğumun latent, aktif ve geçiş fazında destek alan gebelerin ağrı puan ortalamalarının destek almayan gebelere göre daha düşük olduğu belirlenen bir çalışmada, doğum korkusunu ve doğum ağrısını azaltması, olumlu doğum algısını yükseltmesi nedeniyle doğumda verilen desteğin sürdürülmesinin önemi üzerinde durulmuştur (Coşar, 2012). İran’da yapılan bir araştırmada, gebelerin doğum korkusu yüksek bulunmuş, nulliparaların eşlerinden düşük düzeyde destek almaları ve gebeliklerine olan tutumları, doğum korkusunun belirleyicileri arasında yer almıştır (Mortazavi and Agah, 2018). Doğum sırasında eşlerinin ve/veya yakınlarının gebelerin yanında bulunabilmesi için hastanelerde uygun koşulların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekliliği düşünülmüştür. Güleç ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada gebelerin sosyal desteklerinin arttıkça doğum korkularının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol grupları incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin VAS1 ve W-DEQ-B değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışken ($p>0,05$), kontrol grubundaki gebelerde ise anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). VAS1 değerleri birbirine yakın olan gebelerin, doğum sonrası beklenti puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunun W-DEQ-B ortalamasının düşük olmasında, gebelerin ağrı giderme yöntemleri konusunda bilgilendirilmelerinin etkili olduğu düşünülmüştür. Gebelerin ağrı ve korkuyla baş etme becerisi kazanmaları söz konusudur. Ayrıca bu durumun gebelik ve doğum komplikasyonlarını, sezaryen doğum oranlarını azaltacağı ve anne-bebek bağlanmasına olumlu katkı sağlayacağı üzerinde durulmuştur. Literatürdeki çalışmalar sonucunda, gebelerin eğitilmiş sağlık personelleri tarafından desteklenmesinin yanı sıra doğumhane koşullarının gebenin istediği kişilerle iletişim halinde olmasını ve o kişilerin gebelerin yanında bulunmasını destekleyecek koşullara getirilmesi önemli bulunmuştur.

Gebeliğin son trimesterinde olan primipar gebelerle yapılan bir araştırmada, doğum öncesi eğitimin gebelerde doğum korkularının ve doğum hakkındaki olumsuz düşüncelerin azalmasında etkili olduğuna ulaşılmıştır (Subaşı ve ark., 2013). Ülkemizdeki bir devlet hastanesinin gebe bilgilendirme sınıfına katılan gebeler ile

yürütülen çalışmada, gebe bilgilendirme sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Akın ve ark., 2018). Seller (2012), çalışmasında gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerinin belirlenmesinin önemini ve ebeler/hemşireler tarafından gebelere ihtiyacı olan konularda eğitim ve danışmanlık verilmesinin gerekliliği vurgulamıştır. Barut ve Uçar (2018)'ın yaptıkları çalışmada, gebelerin şiddetli (W-DEQ-A=73,31±16,84) doğum korkusu yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, gebelerin doğum özyeterlilikleri arttıkça doğum korkularının azaldığı bulgusuna ulaşılmış, özyeterliliğin destek ve eğitim ile yükseltilebileceği önerisinde bulunulmuştur. Gebelere doğum süreci hakkında bilgi verilmesinin memnuniyet düzeyini pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir (Paudel et al., 2015). Çalışmamızdaki VAS1 ile VAS2 değerleri karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde ($p<0,05$), pozitif yönde bir ilişkiye rastlanmış, deney ve kontrol gruplarının doğum sonrası ağrı düzeyi doğum öncesine göre düşük bulunmuştur. Çalışmamızda W-DEQ-B ile VAS2 arasında anlamlı olmayan ($p>0,05$) pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. VAS2 değeri arttıkça, W-DEQ-B değeri de artacaktır. Çalışmamızdaki bulgulara göre deney grubunda yer alan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre doğum sonrasında daha az ağrı ve korku yaşadıkları görülmüştür. Bu sonuç ile “**H_{3c}**: Travaydaki primipar gebelerde doğum ağrıları ile doğum beklentisi arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezimiz doğrulanmıştır. Gebelere, uygun danışmanlık hizmeti ve eğitim/destek sağlanması ile gebelerin doğuma yönelik endişelerinin azaltılabileceği, özgüvenlerin/yeterliliklerinin artırılabilceği, doğuma ve doğum sonrasına yönelik kaygı ve korkularının en aza indirilebileceği sonucuna varılmıştır.

Ünal (2017)'in çalışmasında annelerin doğum eylemi sırasında almak istedikleri destekleyici bakım konusu olarak ilk sırada doğumu kolaylaştırmak yer alırken, onu bebeğin durumu ve doğum korkusunu yenmek için yapılacak müdahaleler takip etmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunlukla gevşeme yöntemlerini bilmedikleri saptanmıştır (Şanlı, 2018). Akın (2018), çalışmasında elde ettiği bulgular doğrultusunda, intrapartum dönemde gebelere uygulanan destekleyici bakımın ve nonfarmakolojik yöntemlerin gebelerin

daha az ağrı duymasını sağladığı belirlemiştir. Travayda etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin değerlendirildiği çalışmada, bulunan en etkili yöntemler sırasıyla solunum tekniği, gevşeme, akupressür ve masajdır (Brown et al., 2001). Yapılan bir çalışmada, doğumda ebelik öğrencileri tarafından gebelere uygulanan masajın invaziv olmayan, güvenli, erişilebilir ve düşük maliyetli bir yöntem olduğu ve vajinal doğumu desteklediği sonucuna ulaşılmıştır (Bolbol-Haghighi et al., 2016). Başka bir çalışmada, deney grubundaki ağrı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuş, primigravidalara uygulanan sırt masajının gebelere rahatlık ve destek sağladığı saptanmıştır (Habeeb and Chhughani, 2018). Primipar gebelerle ve doğumun aktif fazında sakruma uygulanan karşı basınç tekniği ile ilgili yapılan çalışmada, bu tekniğin doğum ağrısını azaltmak açısından kullanılabilir bir girişim olduğu önerilmiştir (Anggorowati et al., 2009). Ersanlı Kaya ve Kömürcü (2016), yaptıkları çalışmada, deney grubundaki gebelerinin %75,5'inin, kontrol grubundaki gebelerinin %85'inin doğumdan korktuklarını ve deney grubundaki gebelerin %77,5'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %80'inin ağrı ile baş etme yöntemlerini bilmediklerini saptamışlardır. Tektaş ve ark. (2017)'nin çalışmasında nonfarmakolojik yöntemlerin annedeki ağrı algısını azalttığı, doğum korkusuyla baş etmeyi sağladığı, rahatlamayı ve memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir. Çalışmamızda yer alan deney grubundaki gebelere nonfarmakolojik yöntem olarak odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama egzersizleri travay boyunca tüm gebelere bire bir uygulanmıştır. Çalışmamızda yer alan deney ve kontrol grubundaki gebelerin daha önce doğum deneyimlememiş olmaları, doğum ağrısına yönelik eğitim almamaları, doğuma bilinçli olarak hazırlanmamaları ve doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, doğumdan korkmalarına neden olmuş ve W-DEQ-B puanlarının yüksek değerlerde bulunması bu sebeplere bağlanmıştır. Gebe okullarının ya da gebe eğitim merkezlerinin olduğu yerlerde gebelerin bu merkezlere yönlendirilmelerinin gerekliliği düşünülmüştür. Eğitim merkezlerinin olmadığı yerlerde ise gebelere, doğumhanede görevli ebeler/hemşireler tarafından çeşitli nonfarmakolojik uygulamaların öğretilmesi sağlanmalıdır. Sağlık personellerinin empatik yaklaşımlarla ve doğru bilgilendirmelerle nonfarmakolojik uygulamaları desteklemelerinin ve gebeleri doğum süresince rahatlamaya teşvik etmelerinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama egzersizleri) doğum ağrılarına ve doğum beklentisine etkisini değerlendirmek amacıyla deney grubunda 51 gebe, kontrol grubunda 51 gebe olmak üzere toplamda 102 gebe ile yaptığımız bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Hem deney hem kontrol grubunda yer alan gebelerin 18-25 yaş aralığında, çoğunlukla ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır.
- Grupları oluşturan gebelerin orta düzeyde gelir seviyesine sahip oldukları, büyük oranda çalışmadıkları ve sosyal güvencelerinin bulunduğu belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubu gebelerinin ağırlıklı olarak 0-5 yıllık evliliğe ve çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda yer alan gebelerin genellikle ortaokul ve lise mezunu olan eşlerinin tamamına yakınının bir işte çalıştığı belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunlukla 38. ve 39. gebelik haftalarında oldukları ve hepsinin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim/bilgi kaynakları incelendiğinde, doğum öncesindeki rutin kontroller sırasında sağlık personellerinden edinilen bilginin ilk sırada olduğu ve onu internetin takip ettiği belirlenmiştir.
- Doğum hakkındaki düşünce ve beklentileri incelendiğinde, deney grubu gebelerinde sıralama mutluluk, ağrı ve korku iken kontrol grubu gebelerinde sıralama ağrı, mutluluk, korku olarak değişmiştir. Her iki grupta da ilk üç sırada mutluluk, ağrı ve korku hisleri yer almıştır.
- Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin VAS1 değerleri birbirine yakındır.

- Deneş grubundaki gebelerin VAS2 ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre daha düşüktür. Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum sonrasındaki ağrı algısını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Deneş grubundaki gebelerin W-DEQ-B ortalaması kontrol grubundaki gebelere göre düşüktür. Travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum korkusunu azalttığı saptanmıştır.
- Deneş grubu gebelerinin kontrol grubu gebelerine göre doğum deneyimlerinin daha harika olduğu ve doğumdan daha az korktukları sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışmamızdaki gebelerin ağır ve klinik düzeyde doğum korkusu yaşama düzeylerine bakıldığında, kontrol grubu gebelerinin deneş grubu gebelerine göre sayıca fazla olduğu bulunmuştur.
- Deneş grubu gebelerinin VAS1 ile VAS2 değeri arasında %34 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = 0,340$).
- Deneş grubu gebelerinin VAS1 ile W-DEQ-B değeri arasında %15,6 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişki belirlenmiştir ($p > 0,05$, $r = 0,156$).
- Deneş grubu gebelerinin VAS2 ile W-DEQ-B değeri arasında %4,9 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($p > 0,05$, $r = 0,049$).
- Kontrol grubu gebelerinin VAS1 ile VAS2 değeri arasında %44,7 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$, $r = 0,447$).
- Kontrol grubu gebelerinin VAS1 ile W-DEQ-B değeri arasında %33 oranında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$, $r = 0,330$).
- Kontrol grubu gebelerinin VAS2 ile W-DEQ-B değeri arasında %16,4 oranında pozitif yönde anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($p > 0,05$, $r = 0,164$).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Doğuma gelen gebelerin ağrı ve korku düzeylerinin belirlenmesi,
- Travaydaki gebelere hemşireler/ebeler tarafından ağrı yönetimi konusunda bilgi ve destek verilmesi,
- Travaydaki gebelerin kendini rahat hissettiği birinin yanında bulunması için doğumhane koşullarının uygun hale getirilmesi,
- Gebelerin aktif doğum eylemine katılımının sağlandığı doğum öncesi eğitim sınıflarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
- Latent fazın sonunda verilen solunum desteğine/egitimine daha erken evrede (latent fazın başında, 1-3 cm dilatasyon) başlanması,
- Gebelerin iyi ve kaliteli bir bakım alabilmesi için, hemşirelere/ebelere doğumda kullanılabilen nonfarmakolojik teknikler hakkında hizmet içi eğitimler verilmesi,
- Doğum korkusuna ve doğum ağrısına yönelik deneysel çalışmaların sayısının arttırılması,
- Çalışmamız dışında kalan ve sertifika gerektiren diğer nonfarmakolojik yöntemlerin uygulandığı çalışmaların planlanması ve arttırılması önerilmektedir.

ÖZET

Travayda Primipar Gebelere Verilen Hemşirelik Desteğinin Doğum Ağrılarında ve Doğum Beklentisine Etkisi

Çalışma, travayda primipar gebelere verilen hemşirelik desteğinin (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama egzersizleri) doğum ağrılarında ve doğum beklentisine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel ve ilişkisel olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Konya ili Akşehir Devlet Hastanesi doğumhane servisine başvuran 15 Şubat 2018-15 Ağustos 2018 tarihleri arasında vajinal doğum yapan ve çalışmanın kriterlerine uyan primipar, 3-7 cm dilatasyona sahip, sistemik hastalığı olmayan, sezaryen endikasyonu bulunmayan 18 yaş ve üstü deney grubu 51, kontrol grubu 51 olmak üzere toplam 102 gebe oluşturmuştur. Çalışmaya katılan gebelerden travay süresince bire bir hemşirelik desteği verilen gebeler deney grubunu, rutin gebe izlemi yapılanlar ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Deney grubu gebelerine araştırmacı tarafından, doğum ağrılarıyla başa çıkmada etkili yöntemler (odaklanma, hayal kurma, masaj, sakral basınç, solunum-gevşeme-ıkmama egzersizleri) hakkında eğitim verilerek uygulamalar anlatılmış ve bire bir uygulanmıştır. Kontrol grubu gebelerine servisteki rutin bakım dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Çalışmanın verileri doğum öncesi Gebe Tanılama Formu (EK-2), Visual Analog Skala (VAS) (EK-3), doğum sonrası Visual Analog Skala (VAS) (EK-3) ve WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu (EK-4) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 20.0 for Windows programında analiz edilmiştir, frekans ve yüzde dağılımı, aritmetik ortalamalar hesaplanmıştır, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testleri ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Sonuçların yorumlanmasında istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda yer alan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri benzer değerlere sahiptir. VAS1, deney grubunda $6,02 \pm 1,393$, kontrol grubunda $6,43 \pm 1,153$ 'tür. VAS2, deney grubunda $0,92 \pm 0,821$, kontrol grubunda $1,31 \pm 1,029$ 'dur. W-DEQ-B, deney grubunda $77,3922 \pm 14,913$, kontrol grubunda ise $117,156 \pm 23,999$ bulunmuştur. Çalışma sonuçları, deney grubu gebelerinin doğumlarını daha olumlu seviyede nitelendirdiklerini ve travayda hemşirelik desteği alan gebelerin doğum sonu algıladıkları ağrı ve korku düzeylerinin, standart bakım alan gebelere göre daha düşük olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, doğum beklentisi, hemşire, primipar

SUMMARY

The Effect of Nursing Support Provided to Primiparous Pregnant Women in Labor on Labor Pain and Delivery Expectancy

This study employs a quasi-experimental and correlational design aiming at identifying the effect of the nursing support provided to primiparous pregnant women in labor (concentration, imagination, massage, sacral pressure, exercises of breathing, relaxation and strain) on labor pains and birth expectation. The population of the study consists of 102 pregnant women over the age of 18, 51 of them in treatment group and 51 of them in control group, who applied to Akşehir Public Hospital in Konya, Turkey between 15 February 2018 and 15 August 2018 for vaginal delivery and had the criteria of the study which were being primiparous, having dilatation of 3-7 cm, not having systemic disease and not having an indication of cesarean. The experimental group included pregnant women who received one-to-one nursing support in labor process and the pregnant women in the control group had received routine pregnancy care. The researcher trained the pregnant women in the experimental group on effective methods of coping with labor pains (concentration, dreaming, massage, sacral pressure, exercises of breathing, relaxation and strain), and they were applied with the pregnant women one-to-one by the researcher. No intervention was carried out with the pregnant women in the control group except for routine care in the delivery department. The data of the study were collected through Pregnant Diagnosis Form (App-2), Visual Analog Scale (VAS) (App-3), Post-natal Visual Analog Scale (VAS) (App-3), and WIJMA Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B (App-4). The data were analyzed on SPSS 20.0 for Windows, frequency and percentage distribution, arithmetic means were calculated, Mann-Whitney U test, Kruskal- Wallis test and Spearman correlation analysis were performed. The statistical significance level was accepted as $p < 0,05$ in the interpretation of the results. The socio-demographic and obstetric characteristics of the pregnant women in the study were similar. VAS1 was $6,02 \pm 1,393$ in the experimental group and $6,43 \pm 1,153$ in the control group. VAS2 was $0,92 \pm 0,821$ in the experimental group and $1,31 \pm 1,029$ in the control group. W-DEQ-B was found as $77,3922 \pm 14,913$ in the experimental group and $117,156 \pm 23,999$ in the control group. The results of the study showed that the pregnant women in the experimental group described their delivery more positively, and that the postpartum perceived pain and fear levels of pregnant women who received nursing support were lower than those who received standard care.

Key words: labor pain, delivery expectancy, nurse, primiparous

KAYNAKLAR

- ADAMS, E.D., BIANCHI, A.L. (2008). A Practical Approach to Labor Support. *JOGNN*. 37 (1): 106-115.
- AGUIRRE, F., CHOU, B. (2011). Normal Labor and Delivery, Operative Delivery, and Malpresentations. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. HURT, K.J., GUILLE, M.W., BIENSTOCK, J.L., FOX, H.E., WALLACH, E.E. Chapter 2. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 94-97 pp.
- AKADRİ, A.A., ODELOLA, O.I. (2018). Labour Pain Perception: Experiences of Nigerian Mothers. *Pan African Medical Journal*. 30 (1): 1-7.
- AKAN, N. (2016). Doğum Sonu Bakım. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 19. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 479.
- AKIN, B. (2018). Algılanan Doğum Ağrısı, Doğum Memnuniyeti ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Doğum Dansının Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- AKIN, B., YEŞİL, Y., YÜCEL, Ü., BOYACI, B. (2018). Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences (NWSALS)*. 13 (2): 11-20.
- AKSOY, A.N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*. 2 (3): 161-165.
- AKSOY, H., YÜCEL, B., AKSOY, Ü., ACMAZ, G., AYDIN, T., BABAYİĞİT, M.A.

(2016). The Relationship Between Expectation, Experience and Perception of Labour Pain: An Observational Study. *Springerplus*. 5 (1): 1766-1770.

ALEHAGEN, S., WIJMA, K., WIJMA, B. (2001). Fear During Labour. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 80 (4): 315-320.

ALUŞ TOKAT, M. (2014). Doğum Sonrası Dönemde Anne ve Bebek/Loğusalık Dönemi. *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber*. OKUMUŞ, H., METE, S. 2. Baskı. Deomed Yayıncılık. İstanbul. sy. 125.

ANGGOROWATİ, A., NATALIA, N.D. (2009). Effect of Counter Pressure to Sacrum on Labour of Active the Phase First Stage in Primipara. 3rd International Nursing Conference: Health and the Impact of Global Warming. Yogyakarta. Indonesia. November 17-19. 110-117 pp.

ARSLAN ÖZKAN, H. (2019). Kadın Sağlığına Giriş. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. ARSLAN ÖZKAN, H. Bölüm 1. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 14.

ASLAN, Ş. (2016). Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primipar Kadınların Beklentileri ve Doğum Sürecinde Yaşadıkları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği.

ASLAN, Ş., OKUMUŞ, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP*. 4 (1): 32-40.

AVCIBAY, B., ALAN, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniv Sağlık Bilimleri Derg*. 4 (3): 18-24.

- BARUT, S., UÇAR, T. (2018). Gebelerde Doğum Öz Yeterlilik Algısının Doğum Korkusu ile İlişkisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilimleri Derg.* 11 (2): 107-115.
- BAŞAR, F., YEŞİLDERE SAĞLAM, H. (2018). Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Current Researches on Health Sector.* 8 (1): 59-74.
- BERKİTEN ERGİN, A. (2014a). Doğum ve Doğumun Tarihçesi. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi.* KÖMÜRCÜ, N. Bölüm 1. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. sy. 2, 11-19.
- BERKİTEN ERGİN, A. (2014b). Doğum Ağrısının Fizyolojisi. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi.* KÖMÜRCÜ, N. Bölüm 2. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. sy. 22-35.
- BERKİTEN ERGİN, A. (2017). Doğum Ağrısıyla Başetme (Farmakolojik Olmayan Yöntemler). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum.* DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 3. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 70-97.
- BİRİCİK, E., ÜNLÜGENÇ, H. (2014). Obstetrik Anestezi ve Analjezi. *Eylem&Doğum.* DEMİR, S.C., KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ, Ü. Bölüm 36. 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. sy. 670-675.
- BIRSNER, M., GRAHAM, E.M. (2011). Cardiopulmonary Disorders of Pregnancy. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics.* HURT, K.J., GUILLE, M.W., BİENSTOCK, J.L., FOX, H.E., WALLACH, E.E. Chapter 2. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 234, 245 pp.
- BOLBOL HAGHIGHI, N., MASOUMI, S.Z., KAZEMI, F. (2016). Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 10 (4): 12-15.
- BOZ, İ. (2016). Gevşeme Teknikleri. *Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Terapiler.* ÖZER,

Z., BOZ, İ. Bölüm 2. Antalya. sy. 27-28. Erişim: [<https://docplayer.biz.tr/25347694-Hemsirelik-bakiminda-tamamlayici-terapiler.html>]. Erişim Tarihi: 17.12.2018.

BOZ, İ., TESKERECİ, G. (2016). Masaj. *Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Terapiler*.

ÖZER, Z., BOZ, İ. Bölüm 3. Antalya. sy. 43-54. Erişim:

[<https://docplayer.biz.tr/25347694-Hemsirelik-bakiminda-tamamlayici-terapiler.html>].

Erişim Tarihi: 17.12.2018.

BROWN, S.T., DOUGLAS, C., FLOOD, L.P. (2001). Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used During Labor. *The Journal of Perinatal Education*. 10 (3): 1-8.

BÜYÜKBAYRAK, E.E., KAYMAZ, O., KARS, B. (2010). Caesarean Delivery or Vaginal Birth: Preference of Turkish Pregnant Women and Influencing Factors. *Journal of Obstetric Gynaecology*. 30 (2): 155-158.

CEMGİL ARIKAN, D. (2014). Normal Doğumun Klinik Seyri. *Eylem&Doğum*. DEMİR, S.C., GÜLEÇ, Ü. Bölüm 11. 6. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. sy. 120-133.

CEYLANTEKİN, Y., ÖCALAN, D. (2019). Nonfarmakolojik Yöntemlerin Doğum Ağrısında Kullanımı. *Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları 1*. DEMİR, S.C. Bölüm 1. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 10.

COLÓN GUZMÁN, N.A., MURPHY, J. (2011). Obstetric Anesthesia. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. HURT, K.J., GULE, M.W., BIENSTOCK, J.L., FOX, H.E., WALLACH, E.E. Chapter 2. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 335 pp.

COŞAR, F. (2012). Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum

ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı.

CUNNINGHAM, F.G., LEVENO, K.J., BLOOM, S.L., SPONG, C.Y., DASHE, J.S.,
HOFFMAN, B.L., CASEY, B.M., SHEFFIELD, J.S. (2014). Williams OBSTETRICS.
24th Edition. McGraw-Hill Education. USA.

ÇALIK, K. (2010). Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde
Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doktora Tezi.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı.

ÇALIŞ, G. (2009). Kadınların Evde Doğum Deneyimlerinin Betimlenmesi: Olgu bilim
Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı.

ÇANKAYA, S., AK, A., POLAT, Y., FİLİZ, F., KÜNÜRO, F., MIZRAK, F., YURDAY,
H., GÜLBAHAR, B., HAN, E. (2014). Doğum İçin Başvuran Gebelerin Empatik
İletişim Beklentilerinin Ebeler Tarafından Karşılama Durumu. *Genel Tıp Derg.*
24: 7-14.

ÇELİK, R., TOKSÖZ, L. (2005). Gevşeme ve Nefes Alma Teknikleri. *Lamaze Yöntemi İle
Doğuma Hazırlık ve Doğum*. KADAYIFÇI, O. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.
sy. 61-65.

ÇİÇEK, Ö., METE, S. (2015). Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *DEUHFED*.
8 (4): 263-268.

ÇOKER, H. (2017). Sevginin ve Doğumun Kimyası. 1. Basım. Gün Yayıncılık. İstanbul.
sy. 28-30.

- DAŞ, Z. (2016). Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 12. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 217.
- DEMİR, S.C. (2005). Uterus Kasılmaları ve Doğum Evreleri. *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. KADAYIFÇI, O. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy. 55-59.
- DEMİRSOY, G., AKSU, H. (2015). Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. *KASHED*. 2 (2): 36-45.
- DEMİRGÖZ BAL, M. (2017a). Riskli Doğum Eylemi. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 7. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 180.
- DEMİRGÖZ BAL, M. (2017b). 4. Evre Komplikasyonları. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 13. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 329.
- DERELİ YILMAZ, S. (2017a). Doğum Eylemi. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 1. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 1-40.
- DERELİ YILMAZ, S. (2017b). Doğumun Birinci Evresi. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 2. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 43-47.
- DERELİ YILMAZ, S. (2017c). Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 5. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 117-118, 131.

- DERELİ YILMAZ, S. (2017d). Doğumun Dördüncü Evresi ve Postpartum Dönem. *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. DEMİRGÖZ BAL, M., DERELİ YILMAZ, S. Ünite 6. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 137-141.
- DOĞAN PEKİNCE, G., ERTEM, G. (2016). Doğum Öncesi Bakım. *Perinatoloji ve Bakım*. SEVİL, Ü., ERTEM, G. Bölüm 4. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. sy. 159-163.
- DÖNMEZ, S., YENİEL, Ö., KAVLAK, O. (2014). Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerini Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3 (3): 908-920.
- EDWARDSON, J., HUEPPCHEN, N.A. (2011). Surgical Disease and Trauma in Pregnancy. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. HURT, K.J., GUILLE, M.W., BİENSTOCK, J.L., FOX, H.E., WALLACH, E.E. Chapter 2. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 298 pp.
- ERENOĞLU, R. (2013). Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.
- ERGÖL, Ş., KÜRTÜNCÜ, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1 (3): 26–34.
- ERKAYA, R., KARABULUTLU, Ö., YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, K. (2017). Defining Childbirth Fear and Anxiety Levels in Pregnant Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 237: 1045–1052.
- ERKEK, Z., PASİNLİOĞLU, T. (2016). Doğum Ağrısında Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19 (1): 71-77.

- ERSANLI KAYA, C., KÖMÜRÇÜ, N. (2016). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1 (2): 18-39.
- ETİ ASLAN, F. (2014a). Tarihsel Süreçte Ağrı. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi Ankara. sy. 3.
- ETİ ASLAN, F. (2014b). Ağrıya İlişkin Kavramlar. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi Ankara. sy. 45-46.
- ETİ ASLAN, F., KAN ÖNTÜRK, Z. (2014). Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi Ankara. sy. 82.
- ETİ ASLAN, F., USLU, Y. (2014). Ağrı Sınıflandırılması. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi Ankara. sy. 58-59.
- FENWICK, J., HAUCK, Y., DOWNIE, J., BUTT, J. (2005). The Childbirth Expectations of A Self-Selected Cohort of Western Australian Women. *Midwifery*. 21 (1): 23-35.
- GÖKÇE İSBİR, G., İNCİ, F. (2014). Travmatik Doğum ve Hemşirelik Yaklaşımları. *KASHED*. 1(1): 29-40.
- GÖNENÇ, İ. (2013). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı.
- GÖZÜKARA, F., EROĞLU, K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık*

Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 15 (1): 32-46.

GÖZÜKARA, F., EROĞLU, K. (2011). Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 18 (2): 89-100.

GÜLEÇ, D., ÖZTÜRK, R., SEVİL, Ü., KAZANDI, M. (2014). Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*. 24 (1): 36-41.

GÜLER, S., AVCI, S., YİĞİT, F. (2019). Doğum Öncesi Bakım ve Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. ARSLAN ÖZKAN, H. Bölüm 7. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 173, 204.

GÜMÜŞSOY, S., KAVLAK, O. (2016). Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler. *Perinatoloji ve Bakım*. SEVİL, Ü., ERTEM, G. Bölüm 3. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. sy. 101-124.

GÜNEYSU, S. (2016). Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Doğum Korkusuna İlişkin Düşüncelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

HABEEB, J.S., CHUGHANI, M. (2018). A Study to Assess the Effectiveness of Back Massage on Pain Among Primigravida Mothers During First Stage of Labour. *International Journal of Current Research*. 10 (9): 73358-73360.

HAYES, M.K. (2011). Intrapartum. *First Aid for the Obstetrics & Gynecology Clerkship*. KAUFMAN, M.S., HOLMES, J.S., SCHACHEL, P.P., STEAD, L.G. Chapter 5. 3rd Edition. The McGraw-Hill. USA. 67-71 pp.

IRANI, R.A. (2011). Antepartum. *First Aid for the Obstetrics & Gynecology Clerkship*. KAUFMAN, M.S., HOLMES, J.S., SCHACHEL, P.P., STEAD, L.G. Chapter 4. 3rd Edition. The McGraw-Hill. USA. 43 pp.

İPEK, A. (2014). Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

JOKIĆ-BEĞIĆ, N., NAKIĆ RADOŠ, S., ŽIGIĆ ANTIĆ, L. (2014). Anxiety and Anxiety Sensitivity as Predictors of Fear of Childbirth: Different Patterns for Nulliparous and Parous Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics&Gynecology*. 35 (1): 22-28.

KARABULUTLU, Ö. (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 20 (3): 210-218.

KARAÇAM, Z., AKYÜZ, E. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 19 (1): 45-53.

KARAHAN, N., GÖNCÜ SERHATLIOĞLU, S. (2019a). Gebelik Fizyolojisi. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. ARSLAN ÖZKAN, H. Bölüm 6. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 137,153-159.

KARAHAN, N., GÖNCÜ SERHATLIOĞLU, S. (2019b). Doğum Süreci. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. ARSLAN ÖZKAN, H. Bölüm 9. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 395-410.

KEKLİKÇİ, S. (2018). Primiparlarda Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

KHWEPEYA, M., LEE, G.T., CHEN, S.R., KUO, S.Y. (2018). Childbirth Fear and Related Factors Among Pregnant and Postpartum Women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18: 391-400.

KIZILIRMAK, A. (2011). Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Korkusuna Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.

KİTAPÇIOĞLU, G., YANIKKEREM, E., SEVİL, Ü., YÜKSEL, D. (2008). Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 9 (1): 47-54.

KÖMÜRCÜ, N., BERKİTEN ERGİN, A. (2014a). Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. KÖMÜRCÜ, N. Bölüm 3. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. sy. 40.

KÖMÜRCÜ, N., BERKİTEN ERGİN, A. (2014b). Doğum Ağrısının (Dalgalarının) Yönetimi. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. KÖMÜRCÜ, N. Bölüm 4. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. sy. 44-46.

KÖMÜRCÜ, N., BERKİTEN ERGİN, A., ÇALIŞKAN, E., J. BUCKLEY, S., YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, K., ÇOKER, H., KARABEKİR, N. (2014). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. KÖMÜRCÜ, N. Bölüm 6. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

KÖRÜKÇÜ, Ö., FIRAT, M.Z., KUKULU, K. (2010). Relationship Between Fear of Childbirth and Anxiety Among Turkish Pregnant Women. *Procedia and Behavioral Sciences*. 5: 467-470.

KÖRÜKÇÜ, Ö., DELİKTAŞ, A., AYDIN, R., KABUKÇUOĞLU, K. (2017). Investigation

of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clin Exp Health Sci.* 7 (4): 152-158.

LAURSEN, M., HEDEGAARD, M., JOHANSEN, C. (2008). Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG.* 115 (3): 354–360.

LIZUKA, Y., MASAOKA, N., OHASHI, K. (2018). Women with Fear of Childbirth Perceived Large Accumulated Labor Pain in Japan. *Open Journal of Nursing.* 8 (9): 656-668.

MAMUK, R., DAVAS, N.İ. (2010). Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 44 (3): 137-144.

METE, S. (2014). Doğum Öncesi Dönemde Anne ve Bebek. *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber.* OKUMUŞ, H., METE, S. Bölüm 1. 2. Baskı. Deomed Yayıncılık. İstanbul. sy. 9-22.

MORTAZAVI, F., AGAH, J. (2018). Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of Pregnant Iranian Women. *Oman Medical Journal.* 33 (6): 497-505.

NIEMINEN, K., STEPHANSSON, O., RYDING, E.L. (2009). Women's Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Section-a Cross-Sectional Study at Various Stages of Pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 88 (7): 807-813.

OKUMUŞ, H. (2005). Lamaze Sınıfları İçin Örnek Bir Uygulama: ve Sınıf Seçiminde Anne/Baba Adaylarına Öneriler. *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum.*

KADAYIFÇI, O. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy. 23-24.

OKUMUŞ, H. (2014). Doğum. *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber*. OKUMUŞ, H., METE, S. 2. Baskı. Deomed Yayıncılık. İstanbul. sy. 85-94.

ÖZÇEREZCİ GÜNER, Ö., KAVLAK, O. (2016). Doğum. *Perinatoloji ve Bakım*. SEVİL, Ü., ERTEM, G. Bölüm 6. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. sy. 300-350.

ÖZEN GÜN, E. (2018). Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve İlişkili Faktörler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

ÖZSOY, F., YILDIZ, M., GÜLÜCÜ, S., KULU, M. (2018). Doğum Ağrısı ve Bazı Psikiyatrik Özellikler Arasındaki İlişki. *KSÜ Tıp Fak Der.* 13 (2): 43-47.

ÖZTÜRK, T. (2014). Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

PAUDEL, Y.R., MEHATA, S., PAUDEL, D., DARIANG, M., ARYAL, K.K., POUDEL, P., KING, S., BARNETT, S. (2015). Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization. *International Journal of Reproductive Medicine.* 1-9 pp.

PURCELL, E., BIENSTOCK, J.L. (2011). Complications of Labor and Delivery. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. HURT, K.J., GUILLE, M.W., BIENSTOCK, J.L., FOX, H.E., WALLACH, E.E. Chapter 2. 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. USA. 125-126 pp.

RATHFİSCH, G. (2018). Doğal Doğum Felsefesi/Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.

- SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2017 HABER BÜLTENİ (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara. sy. 2. Erişim: [https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0]. Erişim tarihi: 17.02.2019.
- SAISTO, T., HALMESMÄKI, E. (2003). Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 82 (3): 201-208.
- SANI, R.M. (2015). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 1 (1).
- SAYGILI YILMAZ, E., ONBAŞIOĞLU, M. (2005). Gebelikte Beslenme ve Kilo Alımı. *LamazeYöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. KADAYIFÇI, O. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy. 41.
- SELLER, A. (2012). Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- SERÇEKUŞ, P. (2011). Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10 (2): 239-242.
- SEVER, N. (2011). Doğum Ağrısının Azaltılmasında Transkutanöz Elektiriksel Sinir Uyarımı Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği.
- SUBAŞI, B., ÖZCAN, H., PEKÇETİN, S., GÖKER, B., TUNÇ, S., BUDAK, B. (2013). Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 29 (4): 165-167.
- ŞAHİN, N., DİNÇ, H., DIŞSİZ, M. (2009). Gebelerin Doğuma Yönelik Korkuları ve

Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 40 (2): 57-62.

ŞANLI, Y. (2018). Travayda Gebeye Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi.

Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

TAŞKIN, L. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. 2. Baskı. Palme Yayıncılık. Ankara. sy. 2-9.

TAŞKIN, L. (2016a). Gebeliğin Oluşumu ve Fetusun Fizyolojisi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 6. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 70-72.

TAŞKIN, L. (2016b). Gebelikte Annenin Fizyolojisi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 7. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 87-103.

TAŞKIN, L. (2016c). Gebelikte Anneyi Değerlendirme. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 8. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 113-114.

TAŞKIN, L. (2016d). Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 15. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 333.

TEKTAŞ, E., AKAY, N., MAK, A., AY, F. (2017). Vajinal Doğumda Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 4 (1): 64-70.

TERZİOĞLU, F. (2016). Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. *Doğum ve*

Kadın Sağlığı Hemşireliği. TAŞKIN, L. Bölüm 10. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 157-159.

TİMUR, S., HOTUN ŞAHİN, N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 12 (1): 29-40.

TÜRK DİL KURUMU (TDK). Erişim: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts].
Erişim tarihi: 18.10.2018.

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU (THSK) (2014). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara. sy. 67-79. Erişim:
[<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12616,20140925-85-hskdan-gebe-bilgilendirme-sinifi-hakkinda-genelge-2014-28pdf.pdf?0>]. Erişim tarihi: 15.12.2018.

TÜRKİYE NÜFUS ve SAĞLIK ARAŞTIRMASI 2008 (TNSA 2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. sy.153. Erişim:
[<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>]. Erişim tarihi: 17.02.2019.

TÜRKİYE NÜFUS ve SAĞLIK ARAŞTIRMASI 2013 (TNSA 2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. Erişim:
[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf].
Erişim tarihi: 17.12.2018.

TÜRKMEN, H. (2017). Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.

UÇAR, E. (2013). WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi B Versiyonu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

ULUDAĞ, E., METE, S. (2014). Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhuriyet*

Hemşirelik Dergisi. 3 (2): 22-29.

UNUTKAN, A. (2018). Doğum Korkusu Yaşayan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Bakımını Doğum Korkusu, Deneyimi, Sonuçları ve Konforuna Etkisi. Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

ÜNAL, İ. (2017). Annelerin Doğumdan Memnuniyetine ve Doğum Eyleminde Destekleyici Bakımına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.

ÜRÜNSAK, İ.F., GÜNGÖR, T. (2005). Sağlıklı Bir Gebelik İçin Ekip Yaklaşımı. *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. KADAYIFÇI, O. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul. sy. 31-33.

ÜST, Z., PASİNLİOĞLU, T. (2015). Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2 (3): 306-317.

VINE, G.S. (2011). Physiology of Pregnancy. *First Aid for the Obstetrics & Gynecology Clerkship*. KAUFMAN, M.S., HOLMES, J.S., SCHACHEL, P.P., STEAD, L.G. Chapter 3. 3rd Edition. The McGraw-Hill. USA. 33-39 pp.

VURAL, G. (2016). Doğum Eylemi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. TAŞKIN, L. Bölüm 14. Genişletilmiş 13. Baskı. Reaksiyon Matbaacılık. Ankara. sy. 281-314.

WALLACE, C.M. (2011). Diagnosis of Pregnancy. *First Aid for the Obstetrics & Gynecology Clerkship*. KAUFMAN, M.S., HOLMES, J.S., SCHACHEL, P.P., STEAD, L.G. Chapter 2. 3rd Edition. The McGraw-Hill. USA. 26-27 pp.

- WIJMA, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 24 (3): 141-143.
- WIJMA, K., WIJMA, B., ZAR, M. (1998). Psychometric Aspects of the W-DEQ; A New Questionnaire for the Measurement of Fear of Childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 19 (2): 84-97.
- YADOLLAHİ, P., KHORMAİE, F., MAKVANDİ, S., SOOFİ, A., ARIASHEKOUH, A., HASHEMİFARD, T. (2013). The Relationship Between Personality Traits and Labor Pain Intensity. *IJCBNM*. 1 (4): 224-229.
- YAVUZ, M. (2014). Ağrı Sınıflandırılması. Ağrı Doğası ve Kontrolü. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. sy. 167-170.
- YENAL, K., OKUMUŞ, H., SEVİL, Ü. (2010). Web Ortamında İnteraktif-Antenatal Danışmanlık ile Gebeliğe İlişkin Bilgi Gereksinimlerinin İncelenmesi. *DEUHYO ED*. 3 (1): 9-14.
- YENAL, K., ALUŞ TOKAT, M. (2014). Doğum/Doğum Ağrısı ile Baş Etme ve Yapılması Gereken Egzersizler. *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık/Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber*. OKUMUŞ, H., METE, S. 2. Baskı. Deomed Yayıncılık. İstanbul. sy. 104-113.
- YILDIRIM, E. (2014). Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı.
- YILMAZ, S. (2017). Doğum Beklentisi ile Yaşanılan Doğum Deneyimi Arasındaki İlişkinin Düzenlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.

YILMAZ, T. (2019). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. ARSLAN ÖZKAN, H. Bölüm 10. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi. Ankara. sy. 433-438.

YÜCEL, A. (2014). Ağrı Mekanizmaları. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. ETİ ASLAN, F. Genişletilmiş 2. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara. sy. 37-38.

YÜCEL, U. (2018). Travay ve Normal Doğum. *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*. ÖZTÜRK CAN, H., YÜCEL, U., HADIMLI, A. Bölüm 1. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. sy. 13-30.

YÜKSEL, B., SEVEN, A., YILDIZ, Y., GÖZÜKARA, İ., KABİL KUCUR, S., POLAT, M., KESKİN, N. (2015). Vajinal Doğum ve Sezeryan Öncesi ve Sonrasında Hastaların Ağrı Algılarına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 6 (4): 116-120.

YÜKSEL, H. (2016). Normal Doğumda Nefes Egzersizlerinin Doğum Travayına Etkisi. Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

ZAR, M., WIJMA, K., WIJMA, B. (2001). Pre and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 30 (2): 75-84.

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

1/3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Gerekli izinleri alınmış olan bu çalışma bilimsel bir araştırma olarak Akşehir Devlet Hastanesi'nde yapılacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır yani gönüllük esasına dayanır. Bu çalışmayla ilgili olarak sizden beklenen, araştırmanın sorularına doğru cevap vermenizdir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

ARAŞTIRMANIN ADI:

Travayda Primipar Gebelere Verilen Hemşirelik Desteğinin Doğum Ağrılarına ve Doğum Beklentisine Etkisi

ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu çalışmayla, doğum sürecinde verilen hemşirelik desteğinin (ıkmama, solunum, gevşeme egzersizleri, hayal kurma, odaklanma, masaj) doğum ağrısı ve doğum beklentisi üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanıyor.

ÖNGÖRÜLEN SÜRE:

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre doğumhaneye kabul edilmenizle başlar ve doğum sonrasındaki ilk 2 saati kapsar.

KATILIMCI SAYISI:

Bu çalışmada, ilk doğumunu yapacak olan 112 gönüllü gebe (56 gebe deney(katılımcı) grubu, 56 gebe kontrol(gözlem) grubu) yer alacaktır.

KATILMA KOŞULLARI:

Bu araştırma, primipar(ilk doğumunu yapacak olan), tek fetusa(doğmamış bebek) sahip, herhangi bir gebelik komplikasyonu(istenmeyen durum, sorun) ve sistemik hastalığı bulunmayan, 3-7 cm dilatasyonu(vajinal açıklık) olan normal doğum için gelen, sezaryen endikasyonu ve riskli gebeliği olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü gebelerden oluşuyor.

ARAŞTIRMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığımız takdirde size doldurmanız gereken bazı demografik verilerinizle ilgili sorulardan oluşan, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir form verilecektir. Daha sonra deney grubuna araştırma kapsamında olan nonfarmakolojik(ilaçsız) yöntemler hakkında bilgi verilerek uygulamalar öğretilicektir ve sizden de uygulamanız istenecektir. Bu çalışmada kontrol grubuna herhangi bir yöntem anlatılmayacaktır, herhangi bir uygulama yapılmayacaktır sadece rutin gebe izlemi yapılacaktır. Her iki grubun katılımcılarının doğumları takip edilecektir. Doğumhaneye ilk kabulde ve travay(doğum) sonunda Visual Analog Skala (VAS) (ağrı şiddetinin belirlenmesinde kullanılan, hızlı sonuç veren, ağrı duyusunu subjektif olarak değerlendiren ölçme aracı) ile ağrınızı değerlendirmeniz istenecektir. Son olarak doğum sonrası ilk 2 saat içerisinde ise WIJMA Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği-B Versiyonu (W-DEQ-B) (Doğum eylemi sırasında ve sonrasında doğuma ilişkin yaşanan duygu ve düşünceleri belirlemek üzere, doğumdan sonra kullanılacak bir ölçek) uygulanacaktır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA:

Nonfarmakolojik(ilaçsız) yöntemler, doğum ağrısıyla baş etmede kullanılan, ebeinin/hemşiresinin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği uygulamalardır. Araştırmada yer alan bu teknikler güntümüz

koşullarında doğumhanelerde uygulanmakta olan ve daha önceden araştırmaları yapılmış uygulamalardır. Doğumhaneye kabulünüzden itibaren yanınızda yer alarak hem fiziksel hem de psikolojik gereksinimlerinizi karşılayarak doğum ağrısıyla baş etmenizde yardımcı olunacaktır. Uygulamalarla ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Araştırmada size doğum sürecinde uygulananlar dışında herhangi ek bir enjeksiyon, ilaç uygulaması yapılmayacaktır. Doğum ağrılarının başlamasıyla birlikte size çeşitli ilaç dışı uygulamalar öğretilenektir ve sizden öğrendiklerinizi uygulamanız istenmektedir. Bu uygulamalar, size ve bebeğinize hiçbir zarar vermeyecektir. Uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz şayet herhangi bir rahatsızlık hissederseniz, isteğiniz doğrultusunda uygulamaya son verilecektir.

Güzel şeylere odaklanarak, hayal kurarak ya da ortamdaki gelen bir uyarana dikkatinizi ağrıdan uzaklaştırarak gevşemeniz ve rahatlamanız amaçlanmaktadır. Bu uygulamalar doğumda hissedeceğiniz ağrı algısını azaltacaktır. Hayal kurma, gebenin hoş bir şey düşünerek gevşemesini sağlayan bir tekniktir ayrıca hayal kurma ile rahim ağzının açılması kolaylaşır. Ağrı süresince dikkatinizi bir noktaya odaklayarak ya da belirlediğiniz bir objeyi düşünerek ağrı hissinden uzaklaşırsınız ve doğum ağrısıyla baş etme becerisi kazanırsınız.

Doğum eyleminin 1. evresinde(rahim açıklığı 10cm altında olduğu dönem) bel, sırt ve karın bölgene masaj yapılacaktır. Masajın doğum eylemi üzerine olan etkileri bir çok çalışma ile kanıtlanmıştır. Bu uygulamanın anne - bebek ve doğum süreci üzerine hiçbir zararlı etkisi yoktur hatta başta doğum ağrısının hafiflemesi, heyecanı azaltması ve doğum süresini kısaltması gibi olumlu etkileri vardır.

Karşı basınç(sakral basınç) tekniği, kuyruk sokumu üzerine el ayasıyla veya yumrukle sert ve kesintisiz bası uygulanmasıdır. Bebeğin neden olduğu gerilmeyi azaltmak amacıyla, ağrının başlamasıyla basınç uygulaması yapılır, ağrı kesilince basınç uygulaması kesilir.

Gevşeme egzersizleri doğumun rahat geçmesinde etkilidir. Rahat bir pozisyonda düzenli şekilde nefes alıp vererek kaslarınızı gevşetin. Bu egzersizler sırasında gözleriniz kapalı olabilir, egzersiz sonrası vücudunuzun enerji ile dolduğunu hissedeceksiniz.

Düzenli solunum teknikleri kullanılması sayesinde sürekli ve yeterli oksijen sağlanarak ağrıya etkili yanıt verilmektedir. Bu teknikler size uygulamalı olarak gösterilecektir. Böylelikle kendinizi dinlemeniz ve yavaşça gevşemeniz de desteklenecektir. Doğum ağrıları sırasında, kasılmaların şiddetine göre yavaş, hızlı ve üfleme olmak üzere solunum tipleri öğretilenektir. Ayrıca araştırma sırasında doğumun 1.evresinde(rahim açıklığı 10cm altında olduğu dönem) size doğumunuzun 2.evresinde(rahim açıklığı 10cm olduktan sonra) uygulayacağınız ıkınma tekniği anlatılacaktır. Rahim ağzının açılması tamamlandıktan sonra ıkınma başlar ve bebeğin başının doğduğu ana kadar devam eder. Etkili bir ıkınma için, ağrı başlayınca derin bir karın solunumu sonrasında bebeğin yavaşça aşağı doğru itilmesi gerekir. ıkınma anında yanakları şişirmemeli, bebeğin başını itmeye odaklanmalısınız.

SORUMLULUKLARINIZ:

Araştırma ile ilgili olarak uygulanacak nonfarmakolojik(ilaçsız) yöntemlere izin vermek sizin sorumluluklarıdır.

ARAŞTIRMA DIŞI KALMA KOŞULLARI:

Çalışmaya katılmayı yazılı olarak kabul ettiğiniz halde istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahip olacaksınız, bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zararınıza yol açmayacaktır. Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, bir yan etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir. Çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz, uygulamalardan rahatsızlık hissetmeniz ya da vajinal(normal) doğum yapamayacağınıza kanaat getirilmesi gibi durumlarda araştırmacı tarafından izniniz olmadan çalışma dışı bırakılabiliyorsunuz.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM:

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIZIN OLASI YARARLARI VE RİSKLERİ:

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız. Çalışmaya katılmanız herhangi bir riski yoktur.

KATILIMCININ BİLGİLERİNE İLİŞKİN GİZLİLİK:

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER:

Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı

Öğr.Gör.Dr. Yeşim CEYLANTEKİN

Afyon Sağlık Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Tel: 02722462834

Yardımcı Araştırmacı

Nergis KARAMAN

Akşehir Devlet Hastanesi

Telefon: 05372791789

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih(gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-2: Gebe Tanılama Formu

GEBE TANILAMA FORMU

1. Gebelik yaşıınız nedir? 18-21 22-25 26-29 30-34 35 ve üzeri
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Üniversite
 - Diğer.....
3. Çalışıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır

Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?

 - Ev hanımı
 - Öğretmen
 - Memur
 - Hemşire
 - Esnaf
 - İşçi
 - Diğer.....
4. Kaç yıllık evlisiniz? 0-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 16 yıl ve üstü
5. Aile tipiniz nedir? Geniş aile Çekirdek aile
6. Ailenizin aylık gelir düzeyi ne kadardır? 0-1000 TL 1000-3000 TL 3000 TL ve üstü
7. Sosyal güvenceniz nedir?
 - SSK
 - Emekli Sandığı
 - Bağ-Kur
 - Yeşil Kart
 - Ücretli
8. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - Okur-yazar değil
 - Okur-yazar
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Üniversite
 - Diğer.....
9. Eşiniz Çalışıyor mu? Evet Hayır

Cevabınız evet ise mesleği nedir?

- Öğretmen
- Memur
- İşçi
- Polis
- Asker
- Çiftçi
- Esnaf
- Diğer.....

10. Gebelik haftanız:.....

11. Gebeliğiniz istenen bir gebelik mi?

- Evet
- Hayır

12. Gebeliğiniz boyunca herhangi bir problem yaşadınız mı?

- Evet.....
- Hayır

13. Gebelik ve doğum ile ilgili herhangi bir eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

- Evet
- Hayır

Cevabınız evet ise 14. ve 15. soruları yanıtlayınız.

14. Kimden aldınız?

- Sağlık personelinin
- Arkadaşımdan/akrabalarımın
- Kitap, dergi, broşür vb.
- İnternet
- Diğer.....

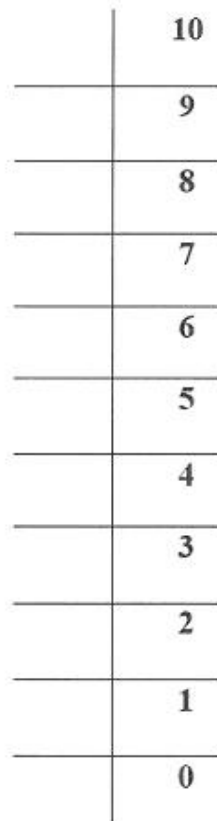
15. Ne kadar süre aldınız?

16. Doğum hakkındaki düşünceniz/beklentiniz nedir/nelerdir?

- Ağrı
- Mutluluk
- Yalnızlık
- Korku
- Cesaret
- Tehlike
- Güven
- Diğer.....

17. Doğum ve doğum sonu dönem hakkında ne kadar bilgiye sahipsiniz?

- Hiç
- Biraz
- Çok

EK-3: Visual Analog Skala (VAS)**VISUAL ANALOG SKALA(VAS)**

EK-4: WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu

EK 8. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu

The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
(W-DEQ) version B
© 1996 K. Wijma and B. Wijma

Bu anket formu, kadının doğumdan sonra yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 1' den 6'a kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 1 ve 6) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken hamilelik ve doğuma dair düşüncelerinizden duruma en uygun olan sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen doğumunuzun nasıl gerçekleştiğini düşünerek cevaplayın, olmasını istediğiniz şekli değil.

- Doğum eylemi sırasında ve doğum anında yaşadıklarınızı bir bütün olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Harika Harika Değil

2 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Korkunç Korkunç Değil

II . Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissettiniz?

3 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Yalnız Yalnız Değil

4 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Güçlü Güçlü Değil

5 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Kendinden Emin Kendinden Emin Değil

6 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Korkmuş Korkmamış

7 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Yüzüstü Brakılmış Yüzüstü Brakılmamış

II . Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyordunuz?

8 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Güçsüz Güçsüz Değil

9 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Güvende Güvende Değil

10 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Bağımsız Bağımsız Değil

11 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç Yalnız ve
 Yalnız ve Kimsesiz Kimsesiz Değil

12 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Gergin Gergin Değil

13 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç
 Memnun Memnun Değil

14 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Hiç

	Gururlu					Gururlu Değil				
15	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Terkedilmiş					Terkedilmemiş				
16	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Sakin					Sakin Değil				
17	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Rahat					Rahat Değil				
18	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Mutlu					Mutlu Değil				

III. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?

19	1	2	3	4	5	6				
	Aşırı					Hiç				
	Panik					Panik Değil				
20	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Ümitsiz					Ümitsiz Değil				
21	1	2	3	4	5	6				
	Bir an önce					Hiç				
	Çocuğa Kavuşma İsteği					Çocuğa Kavuşma İsteği Yok				
22	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Özgüveni				
	Özgüvenli					Yok				
23	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Güvenli					Güvenli Değil				
24	1	2	3	4	5	6				
	Son Derece					Hiç				
	Ağrılı					Ağrı Yok				

• Doğum eyleminin ve doğum anının en yoğun / en zor anlarında ne oldu?

25 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Kötü Bir Şekilde Davrandım Tümüyle Kötü Bir Şekilde Davranmadım

26 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Bedenimin Kontrolü ele almasına tamamen izin verdim Bedenimin kontrolü ele almasına hiç izin vermedim.

27 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Tüm Kontrolümü Kaybettim Kontrolümü Hiç Kaybetmedim

V .Bebeğinizin doğduğu an nasıldı?

28 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Eğlenceli Hiç Eğlenceli Değil

29 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Doğal Hiç Doğal Değil

30 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Açık/ Net Hiç Açık/ Net Değil

31 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
 Son Derece Tehlikeli Hiç Tehlikeli Değil

IV. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz (kuruntularınız) olduysa; örnek verebilir misiniz?

32 ...Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, çocuğun ölebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

1 2 3 4 5 6
Hiç Çok Sık
Olmadı Oldu

33... Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

1 2 3 4 5 6
Hiç Çok Sık
Olmadı Oldu

Lütfen cevaplamayı unuttuğunuz soru olup olmadığını kontrol ediniz.

EK-5: AKÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Birimi : Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı
Kodu : 2011-KAEK-2
Sayı : 2017/ 285
Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

11.12.2017

Sn: Öğr.Grv.Dr. Yeşim CEYLANTEKİN
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Afyon Sağlık Yüksekokulu
AFYONKARAHİSAR

İlgi: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.12.2017 tarih ve 2017/12-306 sayılı kararı.

Sorumluluğumuzda yürütülecek olan "Travayda Primipar Gebelere Verilen Hemşirelik Desteğinin Doğum Ağrılarına ve Doğum Beklentisine Etkisi" başlıklı Girişimsel Olmayan çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Etik Kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Etik Kurul Başkanı



EK:
1-İlgi sayılı karar (1 sayfa)

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	01.12.2017	Toplantı Numarası	2017/12	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu	2011 -KAEK-2
-----------------	------------	-------------------	---------	----------------	-------	-----------------	--------------

KARAR – 306


Öğr.Grv.Dr. Yeşim CEYLANTEKİN'in sorumluluğunda yürütülecek olan **“Travayda Primipar Gebelere Verilen Hemşirelik Desteğinin Doğum Ağrılarına ve Doğum Beklentisine Etkisi”** başlıklı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası tekrar incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında **etik sakınca olmadığına** toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.


ASLIĞIBİDİR
01.12.2017

Yrd. Doç. Dr. Evrim Suna ARIKAN TERZİ


Raportör

EK-6: Konya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA KAMU
SAĞLIK HİZMETLERİ İLİHE MÜDÜRLÜĞÜ
28.02.2018 12:57 - 94723667 - 806.01.03 - E 1901



00063827332

Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

Sayın; Melih S. KARAMAN

İlgi : 26.01/2018 tarihli müracaatınız,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
Yazı (2 adet)

DAĞITIM :
Ekli Liste

Tuba YEŞİHAN
T.C. Sağlık Bakanlığı
Güvenli Elektronik İmza
Aşık ile Aynıdır
26.02/2018

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA
Faks No:(0332)3517268
e-Posta:mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Bilgi için:Mehmet Ufuk YEŞİL
Unvan:SAĞLIK MEMURU
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ab2e9fc-ad6d-4aa0-8b26-87611f62b1af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile inzalanmıştır.



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA KAMU
SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
24.02.2018 09:37 - 94723667 - 806.01.03 - E-1372



Sayı : 94723667-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Uz.Dr. Tank ACAR
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2018

e-İmzalıdır.
Prof.Dr.Mehmet KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Kazım Karabekir C. No: 14 Selçuklu 42040/KONYA

Bilgi için: Mehmet Ufuk YEŞİL

Faks No:(0332)3517268

Unvan:SAĞLIK MEMURU

e-Posta:mehmetufuk.yesil@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
konya.kamusağligi@saglik.gov.tr

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden abd2ca6c-ad6d-4aa0-8b26-8761ff62b1af kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR NO	ISIM	ARAŞTIRMANIN ADI	YAPILACAĞI YER
1	Nergis KARAMAN	Travayda Primar gebelere verilen hemşirelik desteğinin doğum ağrılarna ve doğum beklentisine etkisi.	Akşehir Devlet Hastanesi
2	Hem. Sibel KIYAK	Depresyon semptomu gösteren gebelere verilen sanat içerikli antenatal müdahalelerin postpartum dönem mental (Ruh sağlığı) sağlık düzeyine etkisi.	48. Nolu Selçuklu Aile Sağlığı Merkezi.
3	Fatma BAY	Postpartum kadınlarda travmatik doğum algısı, prevalansı ve depresyon ile ilişkisi.	Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde bulunan 111 A.S.M.
4	Yasin CAN	Hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan paramediklerin geniş QRS 'li taşikardilerin tanı ve tedavi konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
5	Dr. Sadık TAŞER	65 yaş üstü bireylerde standart minimal test üzerine nutrisyonel durum, sosyodemografik özellikler ve diğer sağlık değişkenlerine etkisi.	Karatay 21 nolu A.S.M, Meram 40 nolu A.S.M Selçuklu 58 nolu A.S.M
6	Sevinç AKKOYUN	Annelerde hemşire desteği ve emzirme öz-yeterlilik ilişkisi.	Konya Ereğli Devlet Hastanesi
7	Merve DURMUŞ	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde bir uygulama.	Konya İl Ambulans KKM'ye bağlı A.S.H.I.
8	Büşra KONUKLU	Yetişkinlerde süt tüketimi alışkanlığı ve süt tüketiminin kas iskelet sistemi sorunları ile ilişkisi.	75 ve 80 Nolu A.S.M
9	Esra UN	Sağlık çalışanlarının advers, ilaç reaksiyonları ve farmakovijilans uygulamaları hakkında bilgi ve farkındalığı; Konya ili örneği	Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesisleri
10	Hazal ÖZDEMİR	Aile sağlığı merkezine başvuran annelerde anne bebek bağlanma düzeyinin incelenmesi.	Selçuklu 28 Nolu A.S.M.

EK-7: Ölçek Sahibinden Alınan İzin

23.10.2017

Posta - unal.nergis@hotmail.com

Re: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği-B Versiyonu Hakkında

Emine Selin İLKE <tsmemineucar@gmail.com>

11.10.2017 (Çar) 09:37

Kime:nergis karaman <unal.nergis@hotmail.com>;

Sayın Nergis KARAMAN,
Çalışmamı kullanmanızdan memnuniyet duyacağımı belirtir, kolaylıklar dilerim.

10 Ekim 2017 Salı tarihinde, nergis karaman <unal.nergis@hotmail.com> yazdı:

İyi günler Emine Hanım,

Ben Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde yüksek lisans yapmaktayım.

Tezimde, sizin geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz

"Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ-B)" ni

iziniz olursa kullanmak istiyorum.

İlginiz için teşekkürler. İyi çalışmalar.

Nergis KARAMAN

ÖZGEÇMİŞ

Nergis KARAMAN 22.04.1986 tarihinde Köln/B.Almanya’da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Manisa’da tamamladı. 2008 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2016 yılında, AKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda başladığı yüksek lisans eğitimine, 2018 yılında AFSÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ile devam etti.

E-posta adresi: unal.nergis@hotmail.com

İş deneyimi;

- Afyon Kocatepe Üniversite Hastanesi (2008-2013)
- Akşehir Devlet Hastanesi (2015-halen)

Katıldığı Eğitim ve Sempozyumlar;

- 4. Ulusal Palyatif Bakım Sempozyumu: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Genel Sekreterliği (2016)