

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PRETERM EYLEM TANISI KONMUŞ GEBELERDE  
SOLUNUM VE PROGRESSİF EGZERSİZLERİN  
GEBELİK SÜRESİNE ETKİSİ

Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Doktora Tezi

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Hilmiye AKSU

DANIŞMAN  
Prof.Dr. Ahsen ŞİRİN

İZMİR  
2003

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

**Başkan** : Prof.Dr.Ahsen ŞİRİN

.....

(Danışman)

**Üye** : Prof.Dr.Nedim KARADADAŞ

.....

**Üye** : Doç.Dr.Ümran SEVİL

.....

**Üye** : Doç.Dr.Süheyra ÖZSOY

.....

ALTUĞ

**Üye** : Doç.Dr.Ferda ÖZBAŞARAN

.....

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 09 HAZİRAN 2003



## ÖNSÖZ

Doktora tez çalışması olarak yaptığım araştırmamda, gebelere ve hemşirelik bilimine yararlı olduğumu düşündüğüm için severek, isteyerek ve gebelerle birlikte gevşeme egzersizlerini uyguladığım için çok rahatlamış bir şekilde çalıştım. Tez çalışmam süresince danışmanlık yaparken her türlü yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Ahsen Şirin'e, tez izleme komitesinde yer alan hocalarım Doç. Dr. Ümran Sevil ve Doç Dr. Süheyla Özsoy Altuğ'a izlem süresince gösterdikleri desteklerden dolayı çok teşekkür ediyorum

Ayrıca birlikte çalışmaktan çok hoşlandığım tüm gebelerime araştırmada gönüllü olarak yer aldıkları için çok teşekkür ediyorum. Aydın Doğumevi'nde çalışan ebe ve hemşire arkadaşlara yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum

Son olarak tez çalışmalarını ve tüm doktora eğitimim süresince bana cesaret ve destek veren ailem ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Aydın, Haziran 2003

Hilmiye AKSU

**İÇİNDEKİLER****Sayfa  
No**

İç Kapak	i
Boş sayfa	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Tablo Dizini	viii
Grafik Dizini	ix
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)	1-5
1.1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.1.3. Hipotezler	5
1.1.4. Araştırmanın Önemi	6
1.1.5. Sınırlılıklar	7
1.1.6. Tanımlar	7-8
1.2. Genel Bilgiler	8
1.2.1. Preterm Eylem	8
1.2.2. Preterm Eylemde Risk Faktörleri	8-9
1.2.2.1. Demografik Risk Faktörleri	9
1.2.2.2. Davranış – Psiko-sosyal Risk Faktörleri	10-14
1.2.2.3. Biyofiziksel Risk Faktörleri	15-17
1.2.3. Preterm Eylemde Tedavi Ve Hemşirelik Bakımı	17-19
1.2.4. Preterm Eylem Ve Gevşeme Tedavisi	19-22

## BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. Araştırmanın Tipi	23
2.2. Kullanılan Gereçler	23
2.3. Kullanılan Yöntem Ve Yöntemler	23
2.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	23-24
2.5. Araştırmanın Evreni	24
2.6. Araştırmanın Örnekleme	24
2.7. Bağımlı Bağımsız Değişkenler	25
2.8. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi	25-27
2.9. Verilerin Analizi	27-28
2.10. Süre Ve Olanaklar	28
2.11. Etik Açıklamalar	28

## BÖLÜM III

3. BULGULAR	29
3.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	29-31
3.2. Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumları	31-32
3.3. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları	32-33
3.4. Solunum Ve Progressif Egzersizlerin Gebelerin Doğum Gebelik Haftalarına Etkisi	33-34
3.5. Gebelerin İzlem Gün sayıları	34-35
3.6. Gebelerin Solunum Ve Progressif Egzersizler Öncesi Ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması	35-36
3.7. Gebelerin Gevşeme Düzeylerini Subjektif Olarak Değerlendirilmeleri	36-37

3.8. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik haftalarının Karşılaştırılması	38-39
---	-------

#### BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA	40
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	40-42
4.2. Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumları	42
4.3. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları	42
4.4. Solunum Ve Progressif Egzersizlerin Gebelerin Doğum Gebelik Haftalarına Etkisi	43
4.5. Gebelerin İzlem Gün sayıları	44
4.6. Gebelerin Solunum Ve Progressif Egzersizler Öncesi Ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması	44-45
4.7. Gebelerin Gevşeme Düzeylerini Subjektif Olarak Değerlendirilmeleri	45-46
4.8. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarının Karşılaştırılması	46-47

#### BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
5.1. Sonuç	48-49
5.2. Öneriler	50

#### BÖLÜM VI

ÖZET	51-53
ABSTRACT	54-56

BÖLÜM VII	57
-----------	----

YARARLANILAN KAYNAKLAR	57-63
------------------------	-------

EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler Anketi	64
--	----

EK 2. Preterm Doğum Risk Faktörleri	65-66
-------------------------------------	-------

EK 3. Solunum Ve Progressif Egzersizler Rehberi	67-69
EK 4. Vital Bulgular Değerlendirme Formu	70-72
EK 5. Preterm Eylemde Gevşeme Tedavisi izlem Formu	73
RESİMLER	74-77
ÖZGEÇMİŞ	78





<b>TABLO DİZİNİ</b>	<b>Sayfa</b>
	<b>No</b>
<b>Tablo 1.</b> Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	29-30
<b>Tablo 2.</b> Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımları	31
<b>Tablo 3.</b> Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanlarına Göre Dağılımları	32
<b>Tablo 4.</b> Gebelerin Araştırmaya Katılım Gebelik Haftaları ile Doğum gebelik Haftalarına Göre Dağılımları	33
<b>Tablo 5.</b> Gebelerin Araştırma Süresince İzlem Gün Sayılarına Göre Dağılımları	34
<b>Tablo 6.</b> Deney grubundaki Gebelerin Solunum Ve Progressif Egzersizler (Gevşeme) Öncesi Ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması	35
<b>Tablo 7.</b> Deney Grubundaki Gebelerin Solunum Progressif Egzersizler Sonrası Gevşeme Düzeylerini Subjektif Değerlendirmelerine Göre Dağılımları	36
<b>Tablo 8.a.</b> Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları (1)	38
<b>Tablo 8.b.</b> Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları (2)	38

**GRAFİK DİZİNİ****Sayfa  
No****Grafik 1.** Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanlarına Göre dağılımları 32**Grafik 2.** Gebelerin Araştırmaya Katılım Gebelik Haftaları ile Doğum gebelik Haftalarına Göre Dağılımları 33**Grafik 3.** Gebelerin Araştırma Süresince İzlem Gün Sayılarına Göre Dağılımları 34**Grafik 4.** Deney Grubundaki Gebelerin Solunum Progressif Egzersizler Sonrası Gevşeme Düzeylerini Subjektif Değerlendirmelerine Göre Dağılımları 37

## **BÖLÜM I**

### **1. GİRİŞ:**

#### **1.1.1. Araştırmanın Konusu (Problem):**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, 260 günden önceki doğumlar (37 haftadan önce) erken doğum olarak adlandırılır (5,11,12,17,53). Prematüre bebekte organ sistemleri özellikle akciğerler tam olarak olgunlaşmamıştır. Bu nedenle prematüre bebeklerin en önemli sorunu akciğer gelişimindeki yetersizlik sonucu solunum zorluğu yaşamalarıdır. Ayrıca bebek ne kadar erken dünyaya gelmişse santral sinir sistemi ile ilgili riski de o kadar fazladır (5,11,53).

Prematürite, yenidoğan bebek ölümleri içinde en sık rastlanan nedendir (17). Son zamanlarda yapılan araştırmalar preterm doğum için yüksek riskli olan kadınları belirlemeye yönelmiştir. Bunun sonucunda bu kadınlara daha yakın gözlem ve daha iyi müdahale olanağı sağlanacaktır. Son on yıl boyunca preterm doğumları önleme, perinatal hemşirelerinin ve diğer sağlık bakım çalışanlarının ana odak noktası olmuştur. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların yoğun bakımlarında önemli gelişmeler olmasına rağmen prematüre doğumlar, halen perinatal morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Preterm yenidoğanların yaklaşık % 75'i komplikasyonlar ve uzun süre hastanede kalma problemi yaşamaktadır (18).

Özellikle ülkemiz koşulları göz önüne alındığında prematüre bebek doğumları halen ciddi problemleri beraberinde getirmektedir ve bu bebeklerin bakımı, gelişebilecek komplikasyonların giderilmesi için gerekli tıbbi bakım masrafları da oldukça ağırdır (17).

Preterm doğumların görülme sıklığı ülkeden ülkeye %6-10 arasında değişmektedir. ABD' de %11'dir. Ayrıca bu insidans, sürekli olarak %8-10 arasında görülmeye devam etmektedir (12,16,26,42). Yoğun bakım ünitelerinin çoğalması, teknolojik avantajların artması, farmakolojik teknik ve tedavi, obstetrik ve neonatal bakımda sağlanan gelişmelere rağmen hem preterm doğum olasılığı devam etmekte hem de gestasyonel yaşı küçük yenidoğanların yaşamaları mümkün olamamaktadır. Geçmiş birkaç on yıldan daha fazla (40 yıl) zaman içinde erken doğum eylemi insidansında belirgin bir azalma gerçekleşmemiştir (14,16,26, 45).

Preterm doğumlar, anomalisi olmayan yenidoğanlar arasında perinatal mortalite ve morbidite nedeni olmaya devam etmektedir. Ayrıca kalıcı nörolojik engeller örneğin öğrenme güçlüğü, körlük, felç, mental retardasyon ve serebral palsilere yol açmaktadır. Bunlara ilave olarak, preterm yenidoğanların bireysel, emosyonel travma ve pahalı bakım masraflarının topluma etkisi, sağlık bakım masrafları ile ilgili çabaların en önemli çalışma alanını oluşturmaktadır. Bir preterm yenidoğan için neonatal yoğun bakım ücreti yaklaşık kırk bin dolar ile elli bin dolar arasındadır. Ömür boyu tıbbi ve özel hizmetlerin miktarı da beş yüz bin dolardan fazla olmaktadır (16).

Fiziksel ve finansal zorluklar erken doğumun iyi tanınmasını sağlamıştır. Çeşitli girişimler erken doğum insidansını azaltmayı amaçlamıştır. Preterm doğumu önleme programları içinde risk skorlama, evde uterin aktiviteyi izleme ve hasta eğitimi yer almaktadır (16).

Ülkemizde preterm eylem insidansına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Gebelikte risk faktörleri ile ilgili yapılmış bir araştırmada preterm doğumlar %19.5

oranı ile gebelikte risk faktörleri sıralamasında 3. sırada yer almaktadır (1). Neonatal ölüm nedenleri arasında erken doğumla ilgili sorunlar %23 oranı ile ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde bebek ölüm hızının 2000 yılında %0 30'un altına düşürülmesi hedeflenmiştir. Ancak veriler, bu hedeflere ulaşılamadığını ortaya koymaktadır. Bugün bebek ölüm hızı %0 42.7, neonatal ölüm hızı ise %25. 8 düzeyindedir (43).

Erken doğuma yol açan pek çok faktör vardır ve bu faktörlerin bir kaçı bir arada bulunabilir. Preterm eyleme yol açan önemli faktörlerden biride strestir. Aşırı anksiyete hiperemesis gravidarum ve erken doğuma yol açar. (20) Newton araştırmasında, preterm bebek doğuran kadınlarda psikososyal stres faktörlerini yüksek bulmuştur. Bazı kadınlarda stresli olaylar erken doğuma yol açmaktadır. Bu nedenle antenatal bakımın içeriği, prematür doğumların insidansını düşürerek, perinatal mortalite oranını azaltacak şekilde genişletilmelidir (36).

Stresin, preterm eylem ve doğum sonuçlarına etkisi ile ilgili çalışmalarda aralarında bir ilişki olması ve stresin preterm eylem tedavi ve sonuçlarını etkilemesine rağmen preterm doğum yapan ve yapmayan kadınlarda stresle ilişkisi karşılaştırmalı olarak yapılmış bir çalışma yoktur. Bu amaçla Mackey, siyah ve beyaz kadınlarda preterm doğum deneyimleyen ve preterm doğum yapmayan kadınlarla stresin ilişkisini çalışmıştır. 24-35 gebelik haftasındaki gebeleri yaş, ırk, pariyete, gestasyonel yaş ve hastane masraflarını ödeme yöntemi açısından eşleştirerek yaptığı araştırmasında, preterm eylem tanımlı kadınların anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğunu belirlemiştir. Ayrıca bu kadınların düşük kilolu bebek ve erken doğum yaptığını bulmuştur (32).

Nordentoft, çalışmasında psikososyal stresörler ve sınırlı eğitim süresinin erken doğuma yol açtığını belirlemiştir. Hedegaard, araştırması sonucunda psikososyal distres ile preterm doğum arasında 30 hafta ve üzerindeki gebeliklerde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Sonuç olarak psikososyal distresin gebeliğin geç dönemlerinde preterm eylem oranını yükselttiğini belirtmiştir (22). Mundell'in çalışmasında California'da depremi yaşayan kadınlarda preterm doğum risklerinin arttığı sonucuna varılmıştır (34).

Gevşeme tedavisi sıklıkla anksiyete ve stresin eşlik ettiği psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bütün stres azaltma tekniklerinin en önemli amacı stresin yol açtığı istenmeyen sonuçları tersine çevirmek ve böylece stresin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaktır. Gevşeme cevabının öğrenilmesi ile bedende stres sırasında ortaya çıkan durumun tam tersi meydana gelir (7,59). İlk defa 1920'li yıllarda Jacobson tarafından fark edilen bu durum 1960'lardan sonra bir kalp uzmanı ve araştırmacı olan Herbert Benson tarafından bilim alanına bir teknik olarak kazandırılmıştır (7,26,51 ).

Günümüzde pek çok gevşeme stratejileri stresle baş etmede kullanılmaktadır. En yaygın olanları; diafragmatik solunum, meditasyon, yoga, hayal kurma, müzik terapileri, masaj terapileri, progressif gevşeme, hipnoz, otojenik çalışma ve biofeedbacktir (7, 26,62). Gebelikte sağlık programları içinde hem fiziksel hem de psikolojik hazırlık yer almaktadır. Gevşeme teknikleri bu programlar içinde önemli bir bölümü oluşturmaktadır (6).

Janke, preterm eylem ve gevşeme tedavisini inceleyerek solunum ve progressif egzersizlerin preterm eylemi önlemede etkili olduğunu belirlemiştir (26). Solunumun

kendisi bir gevşeme yolu olduğu gibi bütün gevşeme egzersizleri içinde egzersizin bir parçası olarak da kullanılmaktadır. Ayrıca solunum egzersizleri günlük hayatın akışı içinde uygulanması en kolay gevşeme egzersizidir (15). Müzik, doğuma hazırlık sınıflarında gevşeme amaçlı kullanılmaktadır (30).

Stresin preterm doğum oluşmasında önemli rolü olmasına karşın, gevşeme tedavisi, maliyeti etkin bir hemşirelik girişimi olarak çok az dikkat çekmiştir (26). USA ve diğer ülkelerde preterm eylemde davranışsal ve psikososyal risk faktörleri hemşirelik değerlendirmesinde göz önüne alınmaktadır ancak daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (27).

#### **1.1.2. Araştırmanın Amacı:**

Bu çalışmanın amacı; preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisini araştırmaktır.

#### **1.1.3.Hipotezler:**

**H1:** Gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanan preterm doğum tanılı kadınlar, egzersiz sonrası gevşeme elde edeceklerdir.

**HO:** Gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanan preterm doğum tanılı kadınlar, egzersiz sonrası gevşeme elde etmeyeceklerdir.

**H2:** Gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanan preterm doğum tanılı kadınlar, gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanmayanlara göre daha uzun gebeliğe sahip olacaklar.

**HO:** Gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanan preterm doğum tanımlı kadınlar, gevşeme terapisi “Solunum ve progressif egzersizler” uygulanmayanlara göre daha uzun gebeliğe sahip olmayacaklar.

#### **1.1.4. Araştırmanın Önemi:**

Tüm dünyada preterm doğumlar perinatal mortalite ve morbidite insidansını artırmaktadır. Preterm doğumun yol açtığı nörolojik komplikasyonlardan dolayı prematür bebeklerin hastanede yatış ve tedavi masraflarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Erken doğuma yol açan pek çok faktör vardır ve bu faktörlerin bir kaçını bir arada bulunabilir. Preterm eyleme yol açan önemli faktörlerden biride strestir. Gevşeme tedavisi sıklıkla anksiyete ve stresin eşlik ettiği psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Stresin preterm eylemin oluşmasında önemli rol oynamasına rağmen gevşeme tedavisi masraf etkili hemşirelik girişimi olarak çok az dikkat çekmiştir. Gevşeme tedavisi ile gestasyon yaşını yükselterek perinatal morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak mümkündür.

Gevşeme tedavisinin gebelikte psikolojik stresi azalttığı bilinmekte bu nedenle antenatal bakım kapsamı içinde gevşeme tedavisi önemli bir yer tutmaktadır. Ancak preterm eylemle gevşeme tedavisi arasındaki ilişki üzerine yapılmış çok az araştırma bulunmaktadır. Janke'nin yaptığı çalışmada preterm eylemde gevşeme tedavisinin anlamlı şekilde yararlı olduğu bulunmuştur. Bu konuda daha çok araştırma yapılmalıdır. Janke, gevşeme tedavisinin preterm eylemde bakım standartları içinde yer alması gerektiğini belirtmektedir.



### 1.1.5. Sınırlılıklar:

- Tek fetus, amniyotik membranları bozulmamış kadınlar araştırmaya katılmıştır. oğul gebeliklerde preterm eylem insidansı normal gebeliklerden 10-12 kez daha fazladır. Amniyotik membranlar açıldıktan sonra 24 saat geçmiş ise enfeksiyon riski artar. İnter amniyotik enfeksiyonlarda preterm eylemin durdurulması kontraendikedir. ( 53,54)
- Aydın merkezde oturan, kadınlar, araştırmaya dahil edilmiştir. Gebelere solunum ve progressif egzersizler, araştırmanın başlangıcından doğuma kadar araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmacının zaman ve ulaşım sorununu en aza indirmek için Aydın merkezde oturan kadınlar araştırmaya katılmıştır.

### 1.1.6.Tanımlar:

**Prematür Eylem** (preterm eylem): Doğum eyleminin 37. haftadan önce başlamasıdır (54).

**Erken Doğum** (prematür doğum, preterm doğum): Gebeliğın 37. haftadan önce sona ermesidir (54).

**Prematüre:** 37. haftadan önce doğan bebekler (11,53).

**Neonatal** (yenidoğan): 4 haftadan küçük bebelere verilen isimdir (53).

**Perinatal Dönem:** Gebeliğın 28.haftası ile doğumdan sonraki ilk 7 günlük dönemdir (53).

**Gevşeme:** Kas tonusunda azalma anlamındadır (7,46,48,51,55).

**Solunum Egzersizi:** Ağır, derin ve sessiz solunumda denge, ölçü ve uyum vardır. İyi bir nefes; burundan alınıp, sessiz olarak ve akciğerlerin bütününe doldurarak diafragmanın aşağı itilmesidir(15).

**Progressif Egzersizler:** İnsan vücudundaki büyük kas gruplarının iradeli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içerir (7,46,48,51,55).

## **1.2. GENEL BİLGİLER:**

### **1.2.1. Preterm Eylem:**

Neonatal ölümlerin en büyük nedeni 37 haftadan önce doğan bebeklerdir ki bunlara prematüre bebek, eylemede preterm eylem denir. 25- 30 arası haftalarda doğan prematüre bebeklerde mortalite oranı çok yüksektir ve komplikasyon olasılığı ile oldukça pahalı hastane masraflarına yol açar (5,42,53).

### **1.2.2. Preterm Eylemde Risk Faktörleri:**

Preterm doğum multifaktöriyel bir fenomendir. En azından 60 faktör preterm doğum riskini artırmaktadır. En bilinen risk skorlama sistemi Creasy ve Herron (1987) tarafından yapılmıştır. Sosyoekonomik, bireysel alışkanlıklar, tıbbi öykü (hipertansiyon, çoğul gebelik vb). Bir diğer risk faktörlerini belirleme çalışması Oven ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilmiştir. Multipar ve primiparlar için bağımsız risk faktörlerini belirlemişlerdir. Risk faktörlerine odaklanıldığında preterm eylem hemşirelik girişimleri ile çok kolayca kontrol edilecek ve hemşirelere oldukça yardımcı olacaktır (27).

Risk faktörleri genel olarak 3 grupta toplanabilir.

#### **A- Demografik Risk Faktörleri**

B- Davranış- psikososyal Risk Faktörleri

C- Biyofiziksel Risk Faktörleri

#### 1.2.2.1. Demografik Risk Faktörleri:

- Annenin yaşı (17 yaş altı ve 40 yaş üstü)
- Annenin eğitimi (Düşük eğitim)
- Düşük sosyoekonomik düzey- Yetersiz prenatal bakım
- Evde okul öncesi yaş çocuk olması
- Doğum aralığı (1yıldan az)
- Boy (152 cm az)
- Kilo (45.5 kg az veya yetersiz kilo alımı)

Siedlecka, araştırmasında çalışmayan kadınlarda preterm eyleme yol açan 2 bağımsız değişken belirlemiştir. Bu değişkenler, fiziksel yorgunluğun dahil olduğu aşırı yorgunluk ve kötü ekonomik koşullardır (47). Wildschut, primipar gebelerde preterm doğumun genç anne yaşı ile ilişkili olduğunu belirlemiştir (60). Kötü ekonomik koşulları ile yakından ilişkili olan prenatal bakımın yetersiz olması ile preterm eylem insidansında yükselme olduğunu ülkemizde yaptıkları çalışma ile Yetimlar ve arkadaşları belirtmişlerdir (61). Nordentoft, sınırlı eğitim süresinin erken doğumu etkilediğini ifade etmektedir (38). Forde (1993), prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğuran İskandinav kadınlarda yaptığı çalışmada genç yaşta ve daha az eğitilmiş kadınlarda preterm eylem insidansının yükseldiğini görmüştür (27). Bunlara ilave olarak gelir düzeyi yüksek ülkelerde yapılan bazı araştırmalarda

kadınlara uygulanan fiziksel şiddetin erken doğum, fetal distres, fetal ölüm ve düşük doğum ağırlıklı bebek görülme oranlarını yükselttiği belirlenmiştir (33).

#### 1.2.2.2. Davranış-Psikososyal Risk Faktörleri:

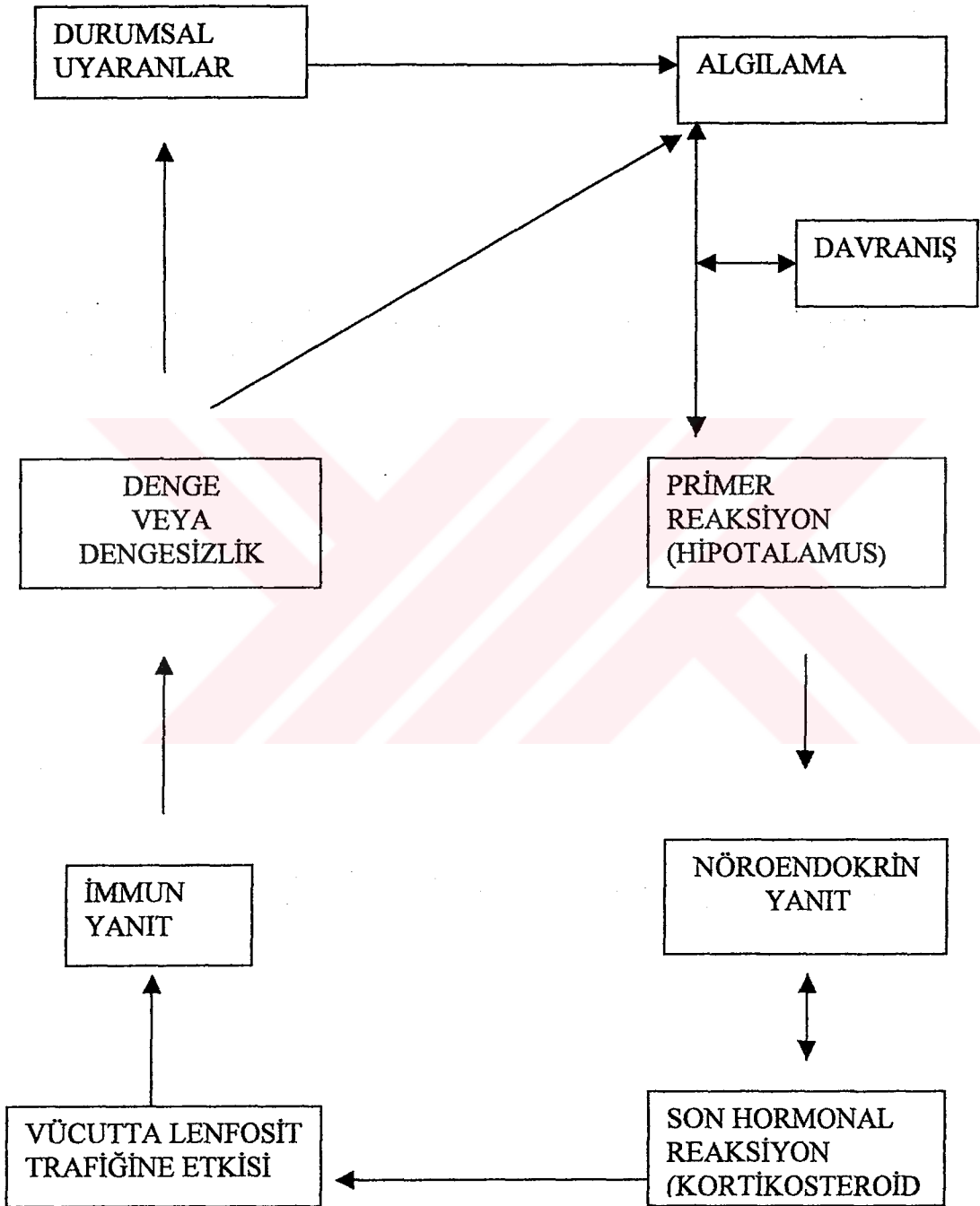
- Sigara
- İlaç veya alkol kullanımı
- Fiziksel veya psikososyal stres
- Aşırı fiziksel aktivite (ağır iş, ev dışında çalışma, ev ile iş arasında uzun mesafe)

Stres çok farklı düzeylerde görülür ve çevremizde, bedenimizde ve düşüncelerimizde bulunur. Birey kendini streste hissettiğinde bedeninde çok çeşitli kimyasal değişiklikler oluşur. Bu fizyolojik reaksiyonlar sıklıkla “Savaş yada Kaç” yanıtı olarak tanımlanır. Bu da kardiyak out-put artması, visseradan major iskelet kaslarına kan geçişi, enerji depolarında kan ve glikozun hareket etmesi, kan pıhtılaşma zamanının azalması ve immün yanıtta baskılanma şeklinde fiziksel yanıt için vücudu hazırlar. Preterm eylemde stresin mekanizması tam olarak açık değildir (7,26,46,51).

Bir teoriye göre: Akut stres altında salgılanan epinefrinin pik yapması uterus kontraksiyonlarını hızlandırmasıdır. Bir başka teoriye göre: Kronik stres durumunda bulunan kortikosteroid düzeyleri devam ederek değişik derecelerde immunosupresyona neden olmasıdır. Bu da kadını preterm eylemle sonuçlandırabilecek şekilde enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar. Diğer bir teori ise: Stresin oksitosin sekresyonuna neden olduğudur. Bu teori hayvanlarda doğrulanmasına rağmen henüz insanlarda doğrulanmamıştır (7,26,46,51).

**Psikoneuroimmunoloji (PNI):** Nörolojik, endokrin ve immün sistemlerin ve psikolojik durumun birbiri ile etkileşimini açıklamaktadır.

### PNI MEKANİZMASI



### **PNİ mekanizması:**

**DURUMSAL UYARAN:** Bu durumlar preterm eylem riskini yükseltir. ve PNİ dengesizlikle sonuçlanır. Bunlar:

- Annenin yaşı
- Evlilik durumu (yalnız gebe)
- Sosyoekonomik durum (gelir)
- Stresle ilişkili meslek ( günde 5 saatten fazla ayakta çalışma)
- Tıbbi risk (plasenta ve uterus anomalileri)
- Bağımlılıklar (ilaç vb.)

( 5,12,22,31,35,38,42,53,56).

**ALGILAMA:** Kadının durumsal uyaranları stres, anksiyete veren bir durum olarak algılamasıdır.

**DAVRANIŞ:** Stresle yeterli veya yetersiz baş etme yöntemleridir. Birçok yetersiz baş etme davranışları vardır. (özellikle sigara içme ve kokain kullanma)

- Beslenme ile ilişkili yetersiz kilo alımı
- Sigara içme
- Alkol Kullanımı
- Marianna, kokain veya ilaç kullanımı

### **NÖROENDOKRİN SİSTEM:**

Hipotalamik Yanıt, Kortikotropin -relasing hormon ve strese yanıtı: Stres tepkisi sırasında son derece önemli olan Anti Diüretik Hormon (ADH) ve oksitosin

hipotalamusta üretilir ve hipofiz bezinden salgılanır. Susuzluk, fizik egzersiz, kanama ve duygusal uyarılarla ADH salgısını artırır. Çok fazla miktarlarda glikokortikotroid salgılanması alarm tepkisi adıyla anılan özelleşmemiş stres tepki dönemini başlatan esas faktörlerdir.

Stressörler doğrudan hipotalamus üzerinde etkili olurlar. Hormon salgılatıcı bazı ana maddelerin yardımı ile hipofiz bezinden ACTH salgılanır. ACTH stres tepkisinin bir diğer çok önemli anahtar hormonudur. Bu hormon adrenal kortekste yarattığı sonuçlar ile glikokortikotropik salınımını sağlar (7,42).

**İMMUN SİSTEM: LENFATİK AKTİVASYON, İMMUN YANIT**  
(inflamasyon- enfeksiyon ve preterm eylem): Stres - immün sistem ve enfeksiyon-preterm eylem aralarında güçlü bir ilişki vardır. Bunlar:

İnterlökin 1-b -6-8 ve tümör nekroz faktör alfa sitokinezler endokrin sistemi , endokrin sistemde immün sistemi etkiler. Sitokinez işaret, steroid ve norepinefrin metabolizmasını değiştirir. Norepinefrin stresle uterin kontraksiyonların artmasına ve yüksek düzeyde steroidlerin salınımına yol açar. (örn: kortizol) Bu da immün fonksiyonları etkiler. İntelökin 1 ve tümör nekroz faktör alfa prostaglandinlerin üretimini stümüle eder ve bu da uterin kontraksiyonları artırır. İmmün sistemin bu etkilenişi ile enfeksiyonların gelişimi olasılığı artar. Gonore, klamidy, trikomonas, bakteriyel vajinozis vb. durumlarında amniyotik membran kolayca enfekte olur ve enfeksiyonlarda Erken Membran Ruptürü (EMR) riskini artırır (7,42).

Risk faktörlerini tanımlama önemli olmasına rağmen davranışsal ve psikososyal risk faktörleri hasta eğitimi, emosyonel destek gibi hemşireliğin farklı bir alanını

kapsamaktadır. Örneğin Mammelle, gebelikteki davranışlar ve preterm eylem ile ilişkisini incelemiş ve çalışmasında, gebeliğe bağlı vücuttaki değişiklikler, günlük yaşam tarzı, aile ilişkileri ve dinsel veya batıl inançların preterm eylemi etkilediğini belirlemiştir. Hedegaard ve arkadaşları (1993) psikolojik distresin gebeliğin 2. yarısından sonra Danimarkalı kadınların preterm eylem yaşamalarında etkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca Newton, Nordentoft ve Mackey, çalışmalarında psikososyal stresörlerin preterm eylemle ilişkisini ortaya koymuşlardır(32,36,38).

Bir diğer psikososyal risk faktörü olan son zamanlarda yaygın olarak preterm doğumla ilişkili olduğu bilinen madde bağımlılığıdır (özellikle kokain) (27). Nordentoft, sigara ile düşük doğum ağırlıklı bebek arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu söylemiştir. Teitelman ve arkadaşları 1980-82 yıllarında 120 kadınla yaptıkları çalışmada preterm doğumlarla uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalışma( %7.7 oranı ile) oldukça yüksek bir ilişki bulmuşlardır. Sedanter işlerde bu oran %4.2 iken aktif işlerde %2.8'dir. Ayakta çalışılan işlere; kuaför, kasiyer, diş asistanı, eczacı, diyetisyen, kuru temizleyici sedantif işlere; gözlemci, otobüs şoförü, kitapçı, bilgisayar operatörü, sekreter, resepsiyonist, muhasebeci, Aktif işlere; aşçı, veteriner, hemşire, çocuk bakıcısı, öğretmen, doktor, sosyal hizmet uzmanı ve dansöz örnek olarak vermişlerdir (56). Luke ve arkadaşları, preterm ve miyadında doğum yapmış hemşireler arasında yaptıkları çalışmalarında haftalık çalışma saati, vardiya süresince çalışma saati, ayakta kalma süresi, gürültü, fiziksel çaba ve işe bağlı yorgunluğun preterm doğumla ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (31).



### 1.2.2.3 Biyofiziksel Risk Faktörleri:

#### Önceki gebeliklerinde;

- Preterm eylem veya doğum
- Abortuslar (1. ve2. tremester kayıpları)
- Uterus anomalisi
- Servikal yetersizlik (konizasyon vb)
- Pyelonefrit
- İnsüline bağımlı diyabet
- Erken Membran Rüptürü

#### Şimdiki gebeliğinde;

- 12. haftadan sonraki vajinal kanamalar
- Servikal dilatasyon veya silinme
- Plasenta previa
- Hipertansiyon
- Erken Membran Rüptürü
- Abdominal cerrahi
- Çoğul gebelikler
- Ateşli hastalık
- Bakteriüri
- Proteinüri

Keirse ve arkadaşları, 2 veya daha fazla 37 haftadan önce spontan olarak gebelikleri sonlanan kadınların gelecekteki gebelikleri preterm eylem ve doğum riski açısından

oldukça yükseldiğini ifade ederek çalışmalarında daha önce bir kez preterm eylem yaşayan kadınların %37, iki ve daha fazla preterm eylem öyküsü olanların %70 oranı ile tekrar preterm eylem riski yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu riski azaltmada serviks sütün uygulamanın yararlı olabileceğini ifade etmişlerdir (29). Yetimalar ve arkadaşlarının, çalışmalarında annenin gebeliğinden bağımsız sistemik hastalıklarının gebelik üzerine etkilerini incelediklerinde; prematürite, düşük doğum ağırlıklı bebek ve ölü doğum oranlarında artma olduğunu gözlemişlerdir. Önceki gebeliklerinde 3 veya daha fazla spontan abortus öyküsü olan gebelerde prematürite ve Erken Membran Ruptürü ve ölü doğum risklerini yüksek bulmuşlardır. Elektif abortusların sayısının 3 ve daha fazla olması da gebelik komplikasyonları riskini özellikle de prematürite oranını yükseltmektedir. Ayrıca Yetimalar, önceki gebeliklerinde preeklamsi geçirenlerde prematürite oranının yüksek olduğunu belirtmiştir (61).

Heffner ve arkadaşları üçüncü trimester kanamaları, çoğul gebelik ve korioamnionitis varlığı ile preterm doğum arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca önceden preterm doğum öyküsü, birinci ve ikinci trimester vajinal kanamalar, uterus anomalileri ve üriner enfeksiyonun preterm eylem üzerine etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Heffner, membranların erken açılması ile preterm eyleme sahip olgular; eğer korioamniotik gebeliğin erken döneminde vajinal kanama veya üriner enfeksiyonda varsa önemli ölçüde yüksek preterm eylem riskine sahiptirler ancak preterm eylem başlangıcında Erken Membran Ruptürlü kadınlarda ikiz gebelik, plasental defekt veya uterus anomalisi varsa daha yüksek riske sahiptirler demiştir. Heffner'in çalışmasında çoğul gebelik ve üçüncü trimester kanaması olanlar en yüksek

risk grubu olarak bulunmuştur. Membranların Erken Rüptürü, maternal kanamalar, preeklemsi gibi tıbbi problemler preterm doğumun ana nedenleri arasında olmaya devam etmektedir(23).

### **1.2.3Preterm Eylemde Tedavi ve Hemşirelik Bakımı:**

Fiziksel ve finansal zorluklar erken doğumun iyi tanınmasını sağlamıştır. Çeşitli girişimler erken doğum insidansını azaltmayı amaçlamıştır (16). Preterm doğumlar perinatal morbidite ve mortaliteye önemli katkıda bulunduğundan klinisyenlerin araştırmalarının ve toplumun en önemli amaçlarından birisi prematüriteliğin engellenmesidir (23). Bazı kadınlarda stresli olaylar erken doğuma yol açmaktadır. Bu nedenle gebelikte antenatal bakımın içeriği prematür doğumların insidansını azaltarak perinatal mortalite ve morbiditeyi düşürecek şekilde genişletilmelidir (36,52).

Kanada'da erken doğumları önleme programları, preterm eylem hakkında eğitim erken tanı, belirtileri erken görme ve tokolitik tedaviden oluşmaktadır.(44) Erken doğumu önlemede erken tanı ve tedavi anahtar faktörlerdir. Araştırmalar gebelerin erken doğumu erken dönemde tanıyamadıklarını belirtmektedir. Eğitim programlarının sağlayacağı eğitim ile kadınlara, erken doğumun önceden tanınması için ön belirti ve semptomlar öğretilip, bu durumda neler yapacakları konusunda yardım edilebilir (45).

Preterm doğumu önleme programları içinde risk skorlaması, evde uterin aktiviteyi izleme, hasta eğitimi ve gevşeme tedavisi yer almaktadır. Preterm tanılı kadınların hemşirelik bakımında standartlar geliştirmek için Erganhouse, Roy'un adaptasyon teorisinden yola çıkarak bir çalışma yapmıştır.

Çalışmasında hemşirelik bakımının standartlarını:

- Risk değerlendirme
- Hasta eğitimi
- Kalite güvenliği
- Yenilikçi farklı girişimler
- Sosyal destek olarak belirtmiştir (16).

Freston, preterm doğumları önlemede hemşirelik girişimleri olarak ; gebelere doğum belirtilerini ve uyum davranışlarını, uterus kontraksiyonlarını karından palpasyonla izlemeyi öğretme ve eğitimde farklı yöntemler kullanılması gerektiğini ifade etmektedir. Örneğin fotoğraflar , komik resim ve çizgiler vb. Ayrıca böyle bir durumda ne yapacağını örneğin hemen hastaneye gelme vb. konularda eğitimin hemşirelik girişimi olduğunu belirtmektedir (18).

Preterm eylemin tedavi ve bakımında davranış - psikososyal ve biyofiziksel risk faktörlerinde gebelik süresince değişiklikler olabilir, bu açıdan düzenli ve sistemli olarak değerlendirilmelidir. Düzenli olarak servikal değişiklikler ve uterus kontraksiyonları izlenmelidir. Güvenli şekilde servikal dilatasyonu değerlendirmede ultrason kullanılmalıdır. Uterus kontraksiyonları elektronik monitörle izlenebilir. Preterm eylemin biyofiziksel risk faktörleri hemşirelik uygulamalarına yerleşmiştir. Örneğin oksitosin, myometriyal reaksiyona yol açacağından kadınlara meme ucu uyarısından uzak durmalarını öğretme gibi. Bir diğer biyofiziksel risk faktörü olan enfeksiyonların (korioamniotitis, asemptomatik bakteriüri, bakteriyel vajinozis vb)

hemşirelik bakımında enfeksiyon belirtilerine dikkat etme, gerekli durumlarda kan ve vajinal sıvı kültürü alma yer almaktadır (27).

Gebelikte gevşeme tedavisi prenatal bakım içerisinde yaygın olarak kullanılmakta ancak preterm eylemi önleme amacıyla yapılmış araştırmalara sık rastlanılmamaktadır. Preterm eylemin önlenmesine ilişkin hemşirelik girişimlerinde yenilikçi ve farklı girişimler içinde yer alan gevşeme tedavisi, Janke tarafından araştırılmış ve gevşeme tedavisinin etkili olduğunu bulmuştur.

Preterm eylemin tıbbi tedavisinde tokolitik ajanlardan yararlanılmaktadır. Son zamanlarda magnezyum sülfat (MgSo4) preterm eylem tedavisine dahil edilmiştir. Gonore, klamidya, bakteriyel vajinozis, trikomonas vajinalis ve bakterüri durumlarında antibiyotik tedavisi gereklidir. Destekleyici tedavi olarak da yatakta dinlenme, fetal kalp atımlarının ve kontraksiyonların izlenmesi vardır (11,12,41). Tıbbi tedavide bunlara ilave olarak servikal yetersizlik durumlarında servikse sütür uygulamanın yararlı olduğu bilinmektedir (29).

#### **1.2.4. Preterm Eylem ve Gevşeme Tedavisi:**

Gevşeme tedavisi gebeliğin neden olduğu rahatsızlık durumlarında, stresi azaltma ve böylece ağrı ve kontraksiyonları kontrol etmede, gebenin kendi kontrolünü yükseltmede ve en önemlisi stresle baş etmeyi sağlayarak günlük yaşamda gebeliğe bağlı veya bağlı olmayan stresörleri etkisiz hale getirmede yararlı olmaktadır (9,21). Bu nedenle Janke, preterm eylem ve gevşeme tedavisini inceleyerek solunum ve progressif egzersizlerin preterm eylemi önlemede etkili olduğunu belirlemiştir (26). Preterm

eyleme yol açan önemli faktörlerden biri de strestir. Gevşeme tedavisi sıklıkla anksiyete ve stresin eşlik ettiği psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır.

Gevşeme eğitimi stresle ilgili rahatsızlıklar için etkili bir tedavi olarak kullanılmaktadır. Gevşeme tedavisi kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen tüketimi, iskelet kas kasılması ve kan laktat düzeylerini düşürür. Bütün stres azaltma tekniklerinin son amacı stresin yol açtığı istenmeyen sonuçları tersine çevirmek ve böylece stresin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaktır. Gevşeme cevabının öğrenilmesi ile bedende stres sırasında ortaya çıkan durumun tam tersi görülür. 1920'li yıllarda ilk defa Jacobson tarafından fark edilen bu durum 1960'larda bir kalp uzmanı ve araştırmacı olan Herbert Benson tarafından bilim alanına bir teknik olarak kazandırılmıştır.

Derin gevşeme duygusu, gevşekliğin bedensel durum ve özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkartılabilir. Gerçekten gevşemeyi başarmış bir insanın solunumu derin ve rahat, elleri ve ayakları sıcak ve ağır, kalp vuruşları sakin ve düzenli, karnı sıcak, alını serindir. Bu durumdaki bir insanın kasları gevşemiş, hormonal dengesi sağlanmış ve beden metabolizması yavaşlamıştır (7,59). Eğer insan bu gevşeme cevabının özelliklerinden birini gösterebilirse stresin yarattığı fizyolojik ve biyokimyasal kısır döngü kırılmış, onun yerine gevşemenin fizyolojik ve biyokimyasal kısır döngüsü kurulmuş olur (7,8,26,51,55).

Vücudumuzda otonom çalışan organlarımız ve fonksiyonlarımız vardır, örneğin; kalp vuruşları, kan basıncı, beden sıcaklığı gibi. Bu organlar veya fonksiyonlar bizim doğrudan denetim ve isteğimiz dışında çalışır. Ancak yine bilinmektedir ki eğitim ve

egzersizle bu organ ve fonksiyonları kısmen veya bütünüyle kontrol altına almak mümkündür. Günümüzde pek çok gevşeme stratejileri stresle baş etmede kullanılmaktadır. En yaygın olanları ; diafragmatik solunum, meditasyon, yoga, hayal kurma, müzik terapileri, masaj terapileri, progresif gevşeme, hipnoz, otojenik çalışma ve biofeedbacktir (7,26, 62).

Gebelikte sigarayı bırakma ve stresi yönetme amaçlı solunum ve progressif egzersizler kullanılmıştır. Sigaranın bırakılması ile erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranları da azaltılmıştır (40).

Progressif egzersizler, hayal kurma ve müzik gevşeme teknikleri olarak onkolojide de kullanılmaktadır. İngiltere’de kanser tedavisi uygulayan dört merkezde bu gevşeme teknikleri kullanılmaktadır (37).

Bedeni kontrol etme yolundaki çabaların ilk adımı solunumu kontrol etmektir. Diafragmatik solunum en kolay ve en eski gevşeme tekniğidir. Derin solumayı temel alır. Doğru ve derin nefes almayı öğrenmek gevşemeyi öğrenmek yolunda atılan en önemli adımdır. Doğru ve derin nefes almanın kendisinin doğrudan damarları genişletmekte ve kanın (oksijen) bedenin en uç ve derin noktalarına kadar ulaşmasını sağlama özelliği vardır. İyi nefes; ağır, derin ve sessiz olmalıdır. Bunun içinde denge, ölçü ve uyum gerekir. İyi nefes yavaş olarak burundan alınır sessiz olur ve akciğerlerin bütününe doldurarak diafragmayı aşağı iter (7,26,46,51,55).

Progressif gevşeme 1920’lerde Edmund Jacobson tarafından geliştirilmiştir. Sıklıkla diafragmatik solunum egzersizi ile kombine olarak kullanılır. Progressif gevşeme tekniği insan vücudundaki büyük kas gruplarının iradeli olarak gerilmesini ve

gevşetilmesini içerir. Bu tekniğin uygulanması ile kaslarımızın nerede oldukları ve gerginlik sırasında ne duruma geldikleri öğrenilir. Böylece aynı zamanda kasların aşırı gerginlik durumları ile bu gerginliğin ortadan kalkması durumundaki farkı öğrenmek mümkün olmaktadır. Progressif gevşeme tekniği gerçekten stresi azaltmak konusunda bir eğitime başlamak için en mükemmel adımdır. Bu teknik aracılığı ile kişi kendi bedeni ile tanışır ve kaslarında gerilimin, gerginliğin nerelere yerleştiğini görür. Uzun yıllar sürdürülen uygulamalar sonucunda progressif gevşeme, gösterdiği gelişme ile kas gerginliğinin kontrolünde etkili bir teknik olarak kabul edilmiştir. Fizyolojik araştırmalar gerçekten bu tekniğin mükemmel bir derin gevşeme duygusu verdiğini açıkça ortaya koymuştur (7,26,46,48,51,55).



## **BÖLÜM II**

### **2. GEREÇ VE YÖNTEM:**

#### **2.1.Araştırmanın tipi:**

Preterm eylem tanılı kadınlar ile çalışılan araştırma yarı deneysel , kesitsel ve ileriye dönük olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

#### **2.2. Kullanılan Gereçler:**

Araştırmada veri toplamada, sosyo-demografik özellikleri içeren anket (EK1), Herron tarafından geliştirilen preterm doğum risk faktörleri (24) (EK 2), Vital Bulguları Değerlendirme Formu (19,25,58) (EK4) , tansiyon aleti ve beden termometresi kullanılmıştır. Türk psikologlar Derneği'nin yayınlarından olan, solunum ve progressif egzersizleri içeren gevşeme egzersizleri kaseti (10) solunum ve progressif egzersizleri uygulamada kullanılmıştır.

#### **2.3. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler:**

Araştırmada solunum ve progressif egzersizler gevşeme yöntemi olarak kullanılmıştır (10,13,15,50,63) (EK 3). Progressif gevşeme 1920'lerde Edmund Jacobson tarafından geliştirilmiştir ve genellikle diafragmatik solunum egzersizi ile kombine olarak kullanılır.

#### **2.4.Araştırmanın Yeri ve Zamanı :**

Araştırmaya katılacak deney ve kontrol grubu, Sağlık Bakanlığı Aydın Doğumeviden tespit edilmiş ve araştırma kadınların kendi evlerinde uygulanmıştır. Doğumevi 116 yatak kapasitesine sahiptir ve obstetri kliniğinin 36 hasta yatağı

kapasitesi vardır. Doğumevinde 83 ebe-hemşire, 11 uzman, 6 pratisyen hekim,obstetri kliniğinde de 10 hemşire ve 11 uzman hekim nöbet sistemi çalışmaktadır. Obstetri kliniğinde ortalama ayda 15 –20 erken doğum tanılı hasta tedavi görmektedir.

Araştırmaya Kasım 2001’de başlanmış ve en son gebe 10 Ocak 2003’de doğum yapmıştır. Deney grubuna uygulanan egzersizler her gün 30 dakika ve gebeler doğum yapana kadar devam etmiştir. Egzersizleri uygulama saatlerini her gebe kendisi belirlemiştir.

### **2.5.Araştırmanın Evreni:**

Araştırmanın evrenini Aydın Doğumevinde preterm eylem tanı ve tedavisi alan kadınların tümü oluşturmaktadır. Aydın Doğumevinde 20 Kasım 2001 ile 10 Ocak 2003 tarihleri arasında toplam 244 gebe preterm eylem tanısı almış ve tedavi görmüştür.

### **2.6.Araştırmanın Örneklemi:**

Araştırmanın örneklemini, sınırlamalara uyan, gebelik haftası 28 –35 arasında olan ve 20 Kasım 2001- 10 Ocak 2003 tarihleri arasında Aydın Doğumevi’nde tedavi gören preterm eylem tanılı gevşeme egzersizi uygulayacak 31 gebe ve gevşeme egzersizi uygulamayacak 31 gebe deney ve kontrol gruplarını oluşturmuştur. Deney ve kontrol gruplarında bağımsız değişkenleri kontrol etmede Herron tarafından geliştirilen preterm eylemde risk faktörleri skor sistemi (EK 2) kullanılarak eşleştirme yapılmıştır (24).

## 2.7. Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenler:

**Bağımsız Değişkenler:** Yaş, eğitim, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gelir durumu, çalışma durumu, tokoliz tedavisi alıp almama durumu ve preterm eylem risk faktörleri skor puanları içermektedir.

**Bağımlı değişkenler:** Gevşeme tedavisi “solunum ve progressif egzersizlerini” içermektedir.

## 2.8. Veri Toplama Yöntemi ve süresi :

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından çalışmaya katılacak, deney ve kontrol grubunu oluşturan preterm eylem tanılı gebelerle görüşülerek toplanmıştır. Aydın Doğumevinde gebelerle çalışmanın birinci günlerinde her iki grupta da verilerin bir bölümünü oluşturan gebelerin sosyo-demografik özellikleri (EK 1), preterm eylem risk skor puanları (EK 2) toplanmıştır. Araştırmanın diğer verileri, Deney grubunda; solunum ve progressif egzersizler uygulanmadan önce ve sonra ölçülen kan basıncı, nabız, vücut ısısı ve solunum değerleri, gebelerin evlerinde doğuma kadar devam eden çalışma süresince her gün EK 4’den yararlanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca deney grubunda solunum ve progressif egzersizler sonrası gebelerin gevşeme düzeylerini kendilerinin yapmış olduğu subjektif değerleri de, her egzersiz sonrası preterm eylemde gevşeme tedavisi izlem formuna kaydedilmiştir. (EK 5) Son veri olarak deney ve kontrol grubunun doğum yaptıkları tarihler toplanarak doğum gebelik haftaları belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubuna uygulanacak, demografik özellikleri içeren (EK 1) anket formunda; gebelerin yaş, eğitim, yaşayan çocuk sayısı, gelir düzeyi, gebelik sayısı,

doğurganlık durumu, tokolitik tedavisi alma durumu ve ev dışında çalışma gibi veriler yer almaktadır.

Preterm eylem risk faktörleri için EK 2 veri formu kullanılmıştır. Bu form ile elde edilecek bilgiler, deney ve kontrol gruplarının eşleştirilmesinde kullanılmıştır. Preterm eylem risk faktörleri anketinde (EK 2) 0-5 puana sahip gebeler düşük risk, 6-9 puan orta risk ve 10 ve üzeri preterm eylem açısından yüksek risk olarak kabul edilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının mümkün olduğunca aynı risk puanında olmasına dikkat edilmiştir.

Araştırmaya katılacak gebelerin belirlenmesinde, deney ve kontrol grubunda yer alacak gebeler eşleştirildiği için araştırmaya katılmayı kabul eden ve sınırlamalara uyan bir gebe deney grubuna, bir gebe kontrol grubuna alınmış ve toplam 62 gebe ile çalışılmıştır.

Araştırmada deney grubuna, araştırmacı tarafından Türk Psikologlar Derneğinin yayınlarından olan solunum ve progressif gevşeme egzersizleri içeren kasetinden yararlanılarak gevşeme egzersizleri (EK 3) uygulatılmıştır. Gevşeme egzersizleri araştırmaya katılımın ilk gününden itibaren doğuma kadar her gün 30 dakika uygulatılmıştır. Uygulamalar gebe ile görüşülüp uygun saatlerde ev ziyareti şeklinde yapılmıştır. Ev ziyaretine ortalama 60 dakikalık süre ayrılmıştır. Türk Psikologlar Derneğinin yayınlamış olduğu progressif ve solunum egzersizleri içeren kasetin hazırlanmasında E. Jacobson'un gevşeme egzersizleri kasetinden yararlanılmıştır. E. Jacobson'un gevşeme egzersizleri kaseti daha önce Janke tarafından preterm eylem tanılı kadınlarda gevşeme tedavisi olarak kullanılmış ve yararlı olduğu belirlenmiştir.

Gevşeme tedavisinin etkisini objektif değerlendirebilmek için vital bulgularından ateş, nabız, solunum sayısı ve kan basıncı ölçümleri (EK4) kullanılmıştır. Gevşeme tedavisi; kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen tüketimi, iskelet kas kasılması ve kan laktat düzeylerini düşürür (7,8,26,51,55). Bu amaçla solunum ve progressif egzersizler uygulanmadan önce ve sonra ölçülen kan basıncı, nabız, vücut ısısı ve solunum değerleri, gebelerin evlerinde doğuma kadar devam eden çalışma süresince her gün EK 4'den yararlanılarak preterm eylemde gevşeme tedavisi izlem formuna kaydedilmiştir.(EK 5) Anksiyete ve stres durumunda vital bulgularının değiştiği bilinmekte ve bu bilgidan yola çıkarak gevşeme tedavisi ile vital bulgularda değişiklik olacağı düşünülmektedir. Ayrıca objektif değerlendirmeye ek olarak subjektif ölçüm yapılmıştır. Subjektif ölçümde gebelerin 1-3 arası bir değerlendirme yapmaları istenmiştir. (1- hiç gevşemedim, 2- orta düzeyde gevşedim, 3- çok gevşedim) (3,10,24,28,57).

Verilerin toplanmasına Kasım 2001'de başlanmış ve en son gebe 10 Ocak 2003'de doğum yapmıştır. Araştırmada deney grubundan 7 gebe çalışmayı bırakmış ve kontrol grubundan da 2 gebeye ulaşamamıştır. Deney grubu ile çalışırken egzersizler gebelerin evlerinde uygulandığı için ulaşım sorunu olmuştur

### **2.9. Verilerin Analizi :**

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler kodlanarak min-max tutarlılık kontrolü yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0 programında E.Ü. Bilgisayar Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde değerlendirilmiştir. Verilerin

analizinde; sayı, yüzde, ki-kare, varyans, faktöriyel varyans, mann whitney ve korelasyon analizleri kullanılmıştır (2,3,4,28,39,49,57).

### **2.10. Süre ve Olanaklar:**

Araştırma Haziran 2001'de öneri olarak sunulmuş ve kabul edilmiştir. Verilerin toplanmasına Kasım 2001'de başlanmış ve en son gebe 10 Ocak 2003'de doğum yapmıştır. Araştırma süreci, 6 ay aralıklarla 3 kez tez izleme komitesi tarafından değerlendirilmiştir. Deney grubunda solunum ve progressif egzersizlerini uygulamak için her gebeye doğuma kadar günde 30 dakika süre ayrılmıştır. Her gün uygulanan egzersizler için randevu zamanlarını her gebe kendine uygun saatleri seçtiğinden araştırmacı için süre, bazen sıkıntıya neden olmuştur.

Araştırmanın maliyeti;

- Bir küçük kasetçalar (30 milyon)
- 1 tansiyon aleti (100 milyon)
- 11 adet beden termometresi (11 milyon)
- 12 adet solunum ve progressif egzersizleri kaseti (40 milyon)
- Fotoğraf makinesi (100 milyon)
- Toplam ulaşım (400 milyon) olarak belirlenmiştir.

### **2.11. Etik Açıklamalar:**

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'nden Aydın Doğumevi'nden gebelerin belirlenmesi yönünde yazılı gebelerden ise sözel izin alınmıştır.

### BÖLÜM III

#### 3.BULGULAR:

#### 3. 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

**TABLO 1:** Gebelerin Sosyo - Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo- Demografik Özellikler	DENEY		KONTROL		P	X <sup>2</sup>
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b><u>Yaş</u></b>						
< 17 yaş	-	-	4	12.9	0,073	8,561
18 – 23 yaş	12	38.7	16	51.6		
24 – 29 yaş	8	25.8	7	22.6		
30 – 35 yaş	9	29.0	4	12.9		
36 – 41 yaş	2	6.5	-	-		
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>						
Okur – yazar değil	1	3.2	4	12.9	0,061	8,998
İlkokul mezunu	10	32.3	18	58.1		
Ortaokul mezunu	4	12.9	3	9.7		
Lise mezunu	6	19.4	3	9.7		
Üniversite Mezunu	10	32.3	3	9.7		
<b><u>Gebelik sayısı</u></b>						
1 – 3	25	80.6	27	87.2	0,400	7,287
4 – 6	5	16.2	3	9.7		
>7	1	3.2	1	3.2		
<b><u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u></b>						
Yok	19	61.3	17	54.8	0,807	0,978
1 tane	9	29.0	11	35.5		
2 tane	2	6.5	1	3.2		
3 tane	1	3.2	2	6.5		

<b><u>Gelir Durumu</u></b>						
Gelir giderden az	9	29.0	17	54.8	0,059	5,662
Gelir Gidere denk	17	54.8	13	41.9		
Gelir Giderden Fazla	5	16.1	1	3.2		
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>						
Evet	13	41.9	9	29.0	0,288	1,127
Hayır	18	58.1	22	71.0		

Gebelerin sosyo- demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları incelendiğinde deney grubunun %38,7, kontrol grubunun % 51,6 oranı ile 18-23 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. 17 yaş ve altı grup sadece %12,9 oranı ile kontrol grubunda görülmüştür. 36-41 yaş grubu da sadece %6,5 oranı ile deney grubunda görülmüştür. Tüm yaş grupları incelendiğinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,073$ ,  $p>0,05$ ) Gebelerin yaş ortalamaları deney grubunun 25,8, kontrol grubunun 22,8'dir.

Tablo 1'de gebelerin eğitim durumları incelendiğinde ilkökul mezunları, deney grubunda %32,3, kontrol grubunda %58,1 oranı ile gebelerin çoğunluğunu oluşturmaktadırlar. Deney grubunda üniversite mezunları da %32,3 oranındadır. Ancak Tablo 1'de yer alan tüm eğitim durumları incelendiğinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark yoktur. ( $p=0,061$ ,  $p>0,05$ ) Gebelerin eğitim yılı ortalaması deney grubunda 9,6 yıl, kontrol grubunda 6,2 olarak bulunmuştur.

Deney ve kontrol gruplarında gebelerin gebelik sayıları deney grubunda %80,6, kontrol grubunda %87,2 oranı ile 1-3'tür. Gebelerin gebelik sayılarında, deney ve



kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,400$ ,  $p>0,05$ ) Gebelerin gebelik sayısı ortalamaları deney grubunun 2,3 kontrol grubunun 2,2'dir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde, deney grubunun %61.3, kontrol grubunun %54.8 oranı ile yaşayan çocuklarının henüz olmadığı Tablo 1'de görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasında yaşayan çocuk sayıları açısından önemli fark bulunmamıştır. ( $p=0,807$ ,  $p>0,05$ ) Gebelerin çocuk sayısı ortalaması deney grubunda 0,5 kontrol grubunda 0,6 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin gelir durumları, deney grubu, %54.8, kontrol grubu %41.9 oranı ile gelir gidere denk olduğu bulunmuştur.(Tablo 1) Her iki grup arasında gelir durumlarında anlamlı fark yoktur. ( $p=0,059$ ,  $p>0,05$ )

Araştırmada yer alan gebelerin, deney grubu %58.1, kontrol grubu %71.0 oranı ile, bir işte çalışmamaktadır. Her iki grupta çalışma durumları açısından anlamlı fark yoktur. ( $p=0,288$ ,  $p>0,05$ )

### 3.2. Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumları

**TABLO 2:** Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumlarına Göre Dağılımları

<b>Tokolitik Tedavisi</b>	<b>DENEY</b>		<b>KONTROL</b>		<b>P</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>		
Evet	25	80,6	26	83,9	0,740	0,111
Hayır	6	19,4	5	16,1		

Tablo 2’de deney grubunun %80,6’sı, kontrol grubunun %83,9’u tokolitik tedavi almaktadır. Her iki grupta tokolitik tedavi alma durumları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir. ( $p=0,0740$ ,  $p>0,05$ )

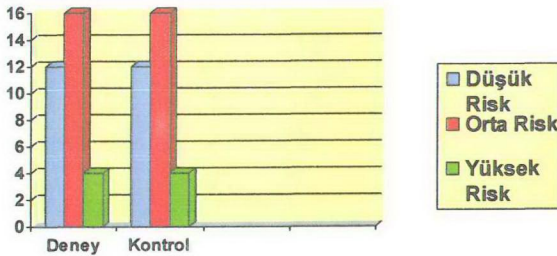
### 3.3.Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor

#### Puanları

**TABLO 3:** Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanlarına Göre Dağılımları

Risk Skor Puanları	DENEY		KONTROL		P	X <sup>2</sup>
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Düşük Risk Puanı (0-5)	12	38,7	12	38,7	1,000	0,000
Orta Risk Puanı (6-9)	15	48,4	15	48,4		
Yüksek Risk Puanı (10 ve >)	4	12,9	4	12,9		

**GRAFİK 1:** Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanlarına Göre Dağılımları



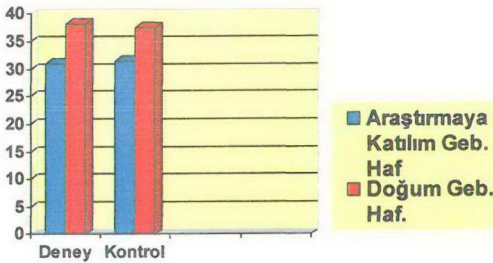
Tablo 3’de ve Grafik 1’de gebelerin risk skor puanları incelendiğinde her iki grupta da eşit olduğu görülmektedir. Her iki grupta; düşük risk puanı %38,7, orta risk puanı %48,4, yüksek risk puanı %12,9 oranındadır. Deney ve kontrol gruplarında risk skor puanları arasında anlamlı fark elde edilmemiştir. ( $p=1,000$ ,  $p>0,05$ )

### 3.4. Solunum Ve Progressif Egzersizlerin Gebelerin Doğum Gebelik Haftalarına Etkisi

**TABLO 4:** Gebelerin Araştırmaya Katılım Gebelik Haftaları ile Doğum Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları

Gebelik Haftaları	DENEY		KONTROL		P	U
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Araştırmaya Katıldığında Gebelik Haftası	30,806	$\pm 1,681$	31,419	$\pm 1,628$	0,144	378,500
Doğum Yaptığında Gebelik Haftası	38,064	$\pm 2,064$	37,419	$\pm 2,617$	0,408	423

**GRAFİK 2:** Gebelerin Araştırmaya Katılım Gebelik Haftaları ile Doğum Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları



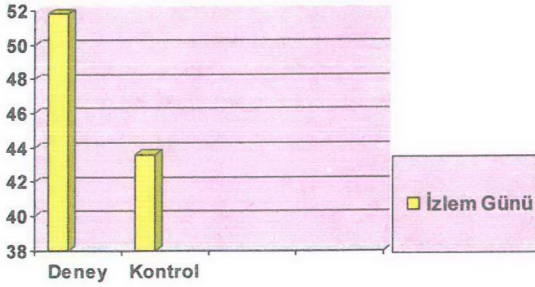
Tablo 4’de ve Grafik 2’de gebelerin araştırmaya katıldıklarında gebelik haftası ortalamaları deney grubunda 30,806, kontrol grubunda 31,416’dır. Her iki grup arasında araştırmaya katılım gebelik haftasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,144$ ,  $p>0,05$ ) Gebelerin doğum yaptıklarında gebelik haftası ortalamaları deney grubunda 38,064, kontrol grubunda 37,419 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında gebelerin doğum yaptıkları gebelik haftası ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $P=0,408$ ,  $p>0,05$ )

### 3.5. Gebelerin İzlem Gün Sayıları

**TABLO 5:** Gebelerin Araştırma Süresince İzlem Günü Sayılarına Göre Dağılımları

İZLEM GÜNÜ	DENEY		KONTROL		P	U
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
	51,838	$\pm 20,279$	43,612	$\pm 22,072$	0,213	392,000

**GRAFİK 3:** Gebelerin Araştırma Süresince İzlem Günü Sayılarına Göre Dağılımları



Tablo 5’de ve Grafik 3’de gebelerin araştırma süresince izlenilen gün sayısının ortalamaları yer almaktadır. Gebelerin izlem sayısı ortalamaları deney grubunda 51,838, kontrol grubunda 43,612 gündür. Gruplar arasında izlenen gün sayılarında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,213$ ,  $p>0,05$ )

### 3.6. Gebelerin Solunum ve Progressif Egzersizler Öncesi Ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması

**TABLO 6:** Deney Grubundaki Gebelerin Solunum ve Progressif Egzersizler (Gevşeme) Öncesi ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması

VİTAL BULGULAR	GEVŞEME ÖNCESİ VE SONRASI FARK						
	Gevşeme Öncesi		Gevşeme sonrası		Kare. Ort.	F	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Sistolik K.B.	102,834	11,022	94,769	10,299	250003,83	898,467	0,000
Diastolik K.B	63,606	7,118	57,283	7,468	17062,273	806,472	0,000
Nabız	91,251	8,374	85,420	7,268	13435,202	722,706	0,000
Vücut Isısı	36,478	0,314	36,453	0,201	0,430	7,951	0,005
Solunum	22,141	2,409	19,171	2,253	3964,276	1916,960	0,000

N=31, Serbestlik Derecesi= 1

Tablo 6’da araştırmaya kapsamına alınan gebelerin solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası, kan basıncı, nabız, ateş ve solunum değerleri karşılaştırılmıştır. Gebelerin sistolik kan basıncı değerleri incelendiğinde solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası fark anlamlı bulunmuştur. ( $p=0,000$ ,  $p<0,05$ )

Diyastolik kan basıncında da solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası fark anlamlı bulunmuştur. ( $p=0,000$ ,  $p<0,05$ )

Araştırmaya katılan gebelerin nabız değerlerinde solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası anlamlı fark elde edilmiştir. ( $p=0,000$ ,  $p<0,05$ )

Tablo 6'da gebelerin vücut ısısı değerleri incelendiğinde solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası fark anlamlı bulunmuştur. ( $p=0,005$ ,  $p<0,05$ )

Gebelerin solunum sayıları değerlendirildiğinde solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası fark anlamlı bulunmuştur. ( $p=0,000$ ,  $p<0,05$ )

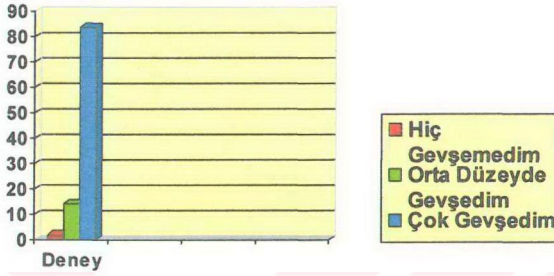
### 3.7. Gebelerin Gevşeme Düzeylerini Subjektif Olarak Değerlendirmeleri

**TABLO 7:** Deney Grubundaki Gebelerin Solunum ve Progressif Egzersizler Sonrası Gevşeme Düzeylerini Subjektif Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Gevşeme Düzeyini Subjektif Değerlendirme	Sayı	Yüzde
Hiç Gevşemedim ( 1 )	29	1,804
Orta Düzeyde Gevşedim ( 2 )	229	14,250
Çok Gevşedim ( 3 )	1349	83,945
Toplam	1607	100

**GRAFİK 4:** Deney Grubundaki Gebelerin Solunum ve Progressif Egzersizler

Sonrası Gevşeme Düzeylerini Subjektif Değerlendirmelerine Göre Dağılımları



Tablo 7’de ve Grafik 4’de deney grubuna katılan gebelerin solunum ve progressif egzersizler sonrası gevşeme düzeylerini subjektif olarak değerlendirmeleri yer almaktadır. Deney grubunda yer alan tüm kadınlara toplam 1607 kez solunum ve progressif egzersizler sonrası gevşeme düzeyleri sorulmuştur. Gebeler %1,804 oranı ile hiç gevşemediklerini, %14,250 orta düzeyde gevşediklerini, %83,945 oranı ile çok gevşediklerini ifade etmişlerdir.

**3.8. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarının Karşılaştırılması**

**TABLO 8.a:** Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları (1)

	Deney Grubu Risk Skor Puanları (N=31)		Kontrol Grubu Risk Skor Puanları (N=31)	
	r	p	r	p
Deney Grubu Doğum Gebelik Haftaları	-0,310	P>0,05	-----	-----
Kontrol Grubu Doğum Gebelik Haftaları	-----	-----	0,093	P>0,05

**TABLO 8.b:** Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları ile Gebelik Haftalarına Göre Dağılımları (2)

GRUPLAR	RİSK SKOR PUANLARI	GEBELİK HAFTALARI			
		$\bar{X}$	SS	p	F
Deney	Düşük (0-5)	38,500	1,882	0,094	2,908
	Orta (6-9)	37,866	2,325		
	Yüksek (10 ve üzeri)	37,500	1,732		
Kontrol	Düşük (0-5)	37,000	1,809	0,124	2,168
	Orta (6-9)	38,400	2,720		
	Yüksek (10 ve üzeri)	35,000	2,943		
Toplam	Düşük (0-5)	37,750	1,961	0,132	2,098
	Orta (6-9)	38,133	2,501		
	Yüksek (10 ve üzeri)	36,250	2,604		



Tablo 8.a'da Gebelerin preterm doğum risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile doğum gebelik haftaları karşılaştırılmıştır. Deney grubunda risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile doğum gebelik haftaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $p>0,05$ ) Kontrol grubunda da risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile doğum gebelik haftaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $p>0,05$ )

Tablo 8.b'de deney grubunda, düşük risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 38,500, orta risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 37,866, yüksek risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 37.500 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise, düşük risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 37,000, orta risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 38,400, yüksek risk skor puanındaki gebelerin doğum gebelik haftası ortalaması 35,000 olarak bulunmuştur. Deney grubunda, kontrol grubunda ve tüm gebelerde risk skor puanları ile doğum haftaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $p>0,05$ )

## BÖLÜM IV

### 4. TARTIŞMA

#### 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmada gebeler, deney grubunda %38,7, kontrol grubunda %51,6 oranı ile 18-23 yaş grubundadır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre 17 yaş altı %12,9 ile sadece kontrol grubunda görülmüş, deney grubunda ise 36-41 yaş grubu %6,5 oranında bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları incelendiğinde yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,073$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 1)

Janke'nin çalışmasında gebelerin yaş ortalaması deney grubunda 26,7, kontrol grubunda 26,1 olarak bulunmuştur. Gruplara arasında anlamlı fark görülmemiştir (26). Bu araştırmada deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması 25,8, kontrol grubunun ise 22,8 olarak bulunmuştur. Wildschut, primipar gebelerde yaptığı araştırmasında preterm doğumun genç anne yaşı ile ilişkili olduğunu belirlemiştir (60).

Araştırma sonuçlarına göre gebelerin eğitim durumları incelendiğinde hem deney grubunda hem de kontrol grubunda ilkökul mezunlarının çoğunlukta olduğu dikkati çekmektedir. (Deney grubu %32,3, kontrol grubu %58,1'dir) Araştırmada deney grubunda yer alan gebelerde ilkökul mezunları ile üniversite mezunları aynı oranda bulunmuştur. Araştırmaya katılan her iki grup arasında anlamlı farkın bulunmaması deneysel araştırmalarda istenilen bir sonuçtur. ( $p=0,061$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 1)

Janke'nin çalışmasında gebelerin eğitim yılı ortalamaları hem deney hem de kontrol grubunun 13 yıldır. Bu araştırmada gebelerin eğitim süreleri yıl olarak

değerlendirildiğinde ortalamaları deney grubunda 9,6 yıl kontrol grubunda ise 6,2 olarak bulunmuştur. Janke'nin çalışması ile karşılaştırıldığında her iki grupta da gebelerin eğitim yılının düşük olduğu düşünülmektedir. Nordentoft, sınırlı eğitim süresinin erken doğumu etkilediğini ifade etmiştir (26).

Tablo 1'de gebelerin gebelik sayıları incelendiğinde her iki grupta da 1-3 sayıda gebelik olduğu görülmüştür. (%80,6, %87,2) Deney ve kontrol grupları arasında gebelik sayıları açısından önemli fark bulunmamıştır. ( $p=0,400$ ,  $p>0,05$ ) Janke, araştırmasında deney ve kontrol gruplarında gebelik sayı ortalamalarını 2,6 ve 2,2 olarak bulmuştur (26). Bu çalışmada deney grubunun gebelik sayısı ortalaması 2,3, kontrol grubunun ise 2,2'dir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde deney grubunda %63,3'ünün kontrol grubunda %54,8'inin yaşayan çocuklarının olmadığı dikkat çekicidir. Her iki grup arasında yaşayan çocuk sayısı açısından anlamlı fark yoktur. ( $p=0,807$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 1)

Gebelerin gelir durumları incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,059$ ,  $p>0,05$ ) Araştırmada deney grubunda %54,8, kontrol grubunda %41,9 oranı ile gebelerin gelir durumları gelir gider denk bulunmuştur. Gelir giderden az , grubuna girenlerin oranı da azımsanmayacak düzeydedir. (Deney %29,0, kontrol %54,8 ) (Tablo 1) Janke, çalışmasında gruplar arasında önemli fark elde etmemiştir (26). Siedlecka, araştırmasında çalışmayan kadınlarda preterm eyleme yol açan iki bağımsız değişken belirlemiştir. Bu değişkenler fiziksel yorgunluğun dahil olduğu aşırı yorgunluk ve kötü ekonomik koşullardır (46).

Deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin çalışma durumları incelendiğinde Deney grubunun %58,1, kontrol grubunun %71,0 oranı ile çalışmadıkları görülmüştür. Her iki grup arasında anlamlı fark elde edilmemiştir. ( $p=0,288$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 1).

Gebelerin tüm sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgular deneysel araştırmalarda istenilen bir durumdur. (Tablo 1)

#### **4.2. Gebelerin Tokolitik Tedavi Alma Durumları**

Araştırmaya katılan gebelerin tokolitik tedavi alma durumları deney grubunda %80,6, kontrol grubunda %83,9'dur. Gruplar arasında tokolitik tedavi alma durumları açısından anlamlı fark yoktur. ( $p=0,740$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 2)

#### **4.3. Gebelerin Preterm Doğum Risk faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları**

Araştırmaya katılan her iki grupta düşük risk puan oranı %38,7, orta risk puan oranı %48,4, yüksek risk puan oranı %12,9'dur. Deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=1,000$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 3 ve Grafik 1) Preterm doğum multifaktöriyel bir fenomendir. En azından 60 faktör preterm doğum riskini artırmaktadır. En çok bilinen risk skorlama sistemi Creasy ve Herron (1987) tarafından geliştirilen preterm doğum risk faktörleri skorlama sistemine göre (EK 2) preterm risk faktörleri skor puanları arasında fark bulunmamıştır.

#### 4.4. Solunum Ve Progressif Egzersizlerin Gebelerin Doğum Gebelik Haftalarına Etkisi

Araştırmaya başlanıldığında deney ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftalarının ortalaması, deney grubunun 30,806, kontrol grubunun 31,419 idi. Araştırmanın başlangıcında gruplar arasında gebelik haftaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,144$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 4) Gebelerin doğum yaptıklarında gebelik haftalarının ortalaması, solunum ve progressif egzersizleri uygulanan deney grubunda 38,064, kontrol grubunda 37,419 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda deney grubunda doğum yapılan gebelik haftası, kontrol grubundan ortalama bir hafta daha uzun olduğu belirlenmiştir. Ancak her iki grup arasında doğum yapılan gebelik haftası yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. ( $P=0,408$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 4 ve Grafik 2)

Araştırmada deney grubuna uygulanan solunum ve progressif egzersizlerin doğum gebelik haftasını kontrol grubuna göre daha fazla olmasını sağlayacağı düşünülmüştü. Bununla birlikte gebeliğin bir hafta daha uzatılması bebek sağlığı açısından çok önemlidir. Fetusun matürasyonu bir hafta daha uzamıştır. Janke, preterm eylem ve gevşeme tedavisini inceleyerek solunum ve progressif egzersizlerin preterm eylemi önlemede etkili olduğunu belirlemiştir. Janke'nin araştırma sonuçlarına göre deney grubunun doğum yapma gebelik haftası ortalaması 38,6 kontrol grubunun ise 37,5'dir (25). Bu araştırmanın doğum gebelik haftası ortalamaları Janke'nin araştırma sonuçlarına benzemektedir.

#### 4.5. Gebelerin İzlem Gün Sayıları

Araştırmada deney grubu gebeler ortalama 51 gün, kontrol grubu gebeler ise 43 gün araştırmaya katıldıkları ilk günden, doğum yaptıkları güne kadar izlenmiştir. Deney grubundaki gebelerin izlem günleri kontrol grubuna göre daha uzun sürmüştür. Ancak istenilen düzeyde istatistiksel anlamlı fark elde edilememiştir. ( $p=0,213$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 5 ve Grafik 3)

#### 4.6. Gebelerin Solunum Ve Progressif Egzersizler Öncesi Ve Sonrası Vital Bulgu Değerlerinin Karşılaştırılması

Araştırmada deney grubundaki gebelere çalışmaya katıldıkları ilk günden doğuma kadar solunum ve progressif egzersizler yaptırılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda, solunum ve progressif egzersizler öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, vücut ısısı ve solunum değerleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,05$ ) (Tablo 6)

“Derin gevşeme” duygusu gevşekliğin bedensel durum ve özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkartılabilir. Gerçekten gevşemeyi başarmış bir insanın solunumu, derin ve rahat, elleri, ayakları sıcak ve ağırlaşmış, kalp vuruşları sakin ve düzenli, karnı sıcak alını serindir. Bu durumdaki bir insanın kasları gevşemiş, hormonal dengesi sağlanmış ve beden metabolizması yavaşlamıştır. (7,59) Gevşeme egzersizleri, kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen tüketimi iskelet kas kasılması ve kan laktat düzeylerini düşürür. (7,8,26,51,55) Vücudumuzda otonom çalışan organlarımız ve fonksiyonlarımız vardır, örneğin kalp vuruşları, kan basıncı, beden sıcaklığı gibi . Bu organlar ve fonksiyonlarımız bizim doğrudan denetim ve isteğimiz dışında çalışır. Ancak yine

bilinmektedir ki eğitim ve egzersizle bu organ ve fonksiyonları kısmen veya bütünüyle kontrol altına almak mümkündür (7,26,62).

Janke, preterm eylem ve solunum ve progressif egzersizlerini inceleyerek gevşemenin preterm eylemi önlemede etkili olduğunu ifade etmiştir (26). Araştırma sonucunda solunum ve progressif egzersizleri uygulama öncesi ve sonrasında kan basıncı, nabız, vücut ısısı ve solunum değerlerinde anlamlı fark elde edilmiştir. Gevşeme sonrası vital bulgulara azalma yönünde anlamlı değişiklik olması gebelerin gevşeme elde ettiğini göstermektedir.

#### **4.7. Gebelerin Gevşeme Düzeylerini Subjektif Olarak Değerlendirmeleri**

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerinden, solunum ve progressif egzersizler sonrası gevşeme düzeylerini subjektif olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme sonuçlarında tüm gebeler, %1,804 oranı ile hiç gevşemediklerini, %14,250 orta düzeyde gevşediklerini, %83,945 oranı ile çok gevşediklerini ifade etmişlerdir. (Tablo 7 ve Grafik4)

Ayrıca araştırma süresince gebelerin solunum ve progressif egzersizlerle ilgili duygu ve düşünceleri, genelde gevşetici ve rahatlatıcı buldukları yönündedir. Bir gebe “Kendime güvenim arttı, kendimi daha çok beğeniyorum, beden imajımda olumlu değişiklikler oldu” demiştir. Bir diğer gebe, “Kendimi rahat ve huzurlu hissediyorum, o zaman diliminin bana ait olduğunu ve zamanın yavaşladığını hissediyorum, her egzersiz sonrası kendimi rahat ve daha gevşemiş olarak buluyorum” olarak duygularını ifade etmiştir. Bir diğer gebe, “Beni rahatlatıyor, bebeğimin erken doğumunu engelleyeceğini bildiğim için güven veriyor” olarak ifade etmiştir.

Bir başka gebe, “Şu an 31 haftalık hamileyim, bu egzersizlere başlamadan önce 29 haftalık hamileydim. Egzersizlere ilk başladığım zaman bana komik ve gülünç gelmişti, (elini kaldır, kolunu kaldır) ne faydası olabilirdi ki bu egzersizlere başlamadan önceki fikrimdi. Bu egzersizleri yaptıktan sonra duygularımın hepsi değişti, gerçekten beni rahatlatıyor, bulutların üstündeymişim gibi hissediyorum, o anda hiçbir şey düşünmüyor ruhumun bedenimden ayrılıp havada uçtuğunu düşünüyorum. Hem bedenem hem ruhen rahatlatan faydalı olduğuna inanıyorum” demiştir.

#### **4.8. Gebelerin Preterm Doğum Risk Faktörlerinden Elde Edilen Skor Puanları İle Gebelik Haftalarının Karşılaştırılması**

Araştırmada gebelerin preterm doğum risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile gebelik haftaları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonucunda deney grubu ile kontrol grubu arasında preterm doğum risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile gebelik haftaları arasında korelasyon bulunmamıştır, ( $p>0,05$ ) (Tablo 8.a)

Araştırmada deney grubunda yer alan düşük risk skor puanına olan gebelerin gebelik haftası 38,500, orta risk skor puanına olan gebeler 37,866, yüksek risk skor puanı olan gebeler 37,500 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise düşük risk skor puanına olan gebelerin doğum gebelik haftası 37,000, orta risk skor puanına olan gebeler 38,400, yüksek risk skor puanı olan gebeler 35,000 olarak bulunmuştur. Deney grubunda, kontrol grubunda ve tüm gebelerde risk skor puanları ile doğum haftaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $p>0,05$ ) ( Tablo 8.b)

Deney, kontrol grubu ve tüm gebelerde preterm risk faktörlerinden elde edilen skor puanları arttıkça gebelik haftasının kısaldığı yönünde anlamlı fark elde



edilmemiştir. Düşük, orta ve yüksek skor puanlarından oluşan gruplarda gebe sayısının daha fazla olmaması, özellikle yüksek risk puanı olan gebe sayısının oldukça az olması, anlamlı ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir.

## BÖLÜM V

### 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1. SONUÇ

Preterm eylem tanısı alan gebelerin, gebeliklerini sürdürmede solunum ve progressif egzersizlerin etkisini araştırmak amacı ile yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özelliklerini kapsayan yaş, eğitim durumları, gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, gelir durumları, ve çalışma durumları incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. (Tablo1) Gebelerin tokolitik tedavi almaları açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (Tablo 2)

Gebelerin preterm doğum risk faktörlerinden elde edilen skor puanları araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin risk skor puanlarının eş olması sağlanılmıştır. Araştırmada düşük, orta ve yüksek risk puanı olan gebelerin sayıları her iki grupta da eşittir. (Tablo 3 ve Grafik1)

Gebelerin araştırmaya katıldıklarında gebelik haftası ortalamaları açısından her iki grup arasında önemli fark bulunmamıştır. ( $p=0,144$ ,  $p>0,05$ ) Deney grubunun gebelik haftası ortalaması 30,806, kontrol grubunun ise 31,414'tür. Solunum ve progressif egzersizler uygulayan deney grubu gebelerin, doğum yaptığı gebelik haftası ortalaması 38,064, kontrol grubunun ise 37,419 olarak bulunmuştur. Deney grubunun doğum yapılan gebelik hafta ortalaması kontrol grubuna göre, bir hafta daha uzun

olduğu belirlenmiştir. Her iki grup arasında gebelik haftası açısından anlamlı fark elde edilememiştir. ( $P=0,408$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo 4) Gebelik haftası ile ilişkili olan izlem gün sayısı açısından gruplar arasında 8 günlük fark bulunmuştur. Deney grubu ortalama 51, kontrol grubu ise 43 gün izlenmiştir. (Tablo 4 ve Grafik 3)

Araştırmada deney grubunda yer alan gebelerde solunum ve progressif egzersizleri uygulama sonrası gevşeme sağlanmıştır. Gebelerin, solunum ve progressif egzersizleri uygulama öncesi ve sonrası vital bulgu değerlerinde azalma şeklinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Gebelerin kan basıncı, nabız, vücut ısısı ve solunum değerlerinde gevşeme ile uyumlu farklılıklar olmuştur. (Tablo 6) Ayrıca gebeler solunum ve progressif egzersizler sonrası gevşeme düzeylerini subjektif olarak belirlemişlerdir. Yapılan analizde gebeler %83,945 oranı ile çok gevşediklerini ifade etmişlerdir. (Tablo 7 ve Grafik 4) Bunlara ilave olarak gebeler, solunum ve progressif egzersizler ile ilgili duygu ve düşüncelerinde çok olumlu ifadeler kullanmışlardır. Örneğin; bir gebe “Kendimi rahat ve huzurlu hissediyorum, o zaman diliminin bana ait olduğunu ve zamanın yavaşladığını hissediyorum, her egzersiz sonrası kendimi rahat ve daha gevşemiş olarak buluyorum” demiştir.

Araştırmada son olarak gebelerin preterm doğum risk faktörlerinden elde edilen skor puanları ile doğum gebelik haftaları karşılaştırılmıştır. Her iki grupta ve tüm gebelerde preterm doğum risk puanları ile gebelik haftaları arasında ilişki elde edilmemiştir. (Tablo 8.a ve 8.b) Bu sonucun elde edilmesinde gruplarda yer alan gebe sayılarının az olması etkili olabilir. Düşük, orta ve yüksek risk puanına sahip daha fazla sayıda gebelerle çalışılabilir.

## 5.2. ÖNERİLER

Stresin preterm doğum oluşmasında önemli rolü olmasına karşın, gevşeme tedavisi, maliyeti etkin bir hemşirelik girişimi olarak çok az dikkat çekmiştir (26). USA ve diğer ülkelerde preterm eylemde davranışsal ve psikososyal risk faktörleri hemşirelik değerlendirmesinde göz önüne alınmaktadır ancak daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (27). Bu amaçla planlanan araştırma sonuçlarına göre solunum ve progressif egzersizler erken doğum tanılı gebelerin gebeliğini sürdürmede kontrol grubuna göre ortalama bir haftalık uzatma sağlamıştır, ancak deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir.

Araştırmada solunum ve progressif egzersizlere 28-35 gebelik haftalarında başlanmıştır, daha erken haftalarda başlanması sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir. Bu çalışmada gebelerin sadece tokolitik tedavi alma durumları belirlenmiştir. Tokolitik tedavinin dozu ve süresi araştırılmamıştır. Tokolitik tedavinin dozu ve süresi sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir ve tokolitik tedavinin dozu ve süresi açısından gruplar eşleştirilebilir. Bunlara ilave olarak daha fazla sayıda gebe ile araştırmanın tekrarı önerilebilir.

Araştırmada gebeler solunum ve progressif egzersizleri uyguladıklarında gevşeme elde etmişlerdir. Solunum ve progressif egzersizleri ile ilgili olumlu düşünceler bildirmişlerdir. Preterm eylem durumlarında uygulanan hemşirelik ve ebelik bakımı kapsamına rutin olarak gevşeme egzersizleri alınabilir. Gevşeme egzersizlerinin prenatal bakımın kapsamında ebe ve hemşirelerin eğitim müfredatında veya hizmet içi eğitimlerde yer alması önerilebilir.

## BÖLÜM VI

### ÖZET

#### PRETERM EYLEM TANISI KONMUŞ GEBELERDE SOLUNUM VE PROGRESSİF EGZERSİZLERİN GEBELİK SÜRESİNE ETKİSİ

Bu araştırma, preterm eylem tanısı alan kadınlarda solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisini araştırmak amacı ile Kasım 2001 ile 10 Ocak 2003 tarihlerinde Aydın Doğumevi'nden belirlenen gebelerle kendi evlerinde yapılmıştır. Araştırma yarı deneysel, kesitsel ve ileriye dönük olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Aydın Doğumevi'nde preterm eylem tanı ve tedavisi alan gebelerin tümü oluştururken örneklemini, sınırlamalara uyan, gebelik haftası 28 -35 arasında olan ve Kasım 2001 ile 10 Ocak 2003 tarihlerinde Aydın Doğumevi'nde tedavi gören preterm eylem tanılı gebeler oluşturmuştur.

Deney ve kontrol gruplarını eşleştirmede Herron tarafından geliştirilen preterm doğum risk faktörleri skor sistemi ve sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu kullanılmıştır. Preterm doğum risk faktörleri anketinden 0-5 puan alan gebeler düşük, 6-9 puan alan orta ve 10 ve üzeri puan alan yüksek risk grubu olarak belirlenmiştir.

Araştırmada deney grubuna Türk psikologlar Derneği'nin yayınladığı solunum ve progressif egzersizleri içeren kaseti dinletilerek gevşeme egzersizleri uygulanmıştır. Gevşeme egzersizlerinin etkisini objektif değerlendirebilmek için gebelerin egzersiz öncesi ve sonrası vital bulguları alınarak karşılaştırılmıştır, ilave olarak gebelerden egzersiz sonrası gevşeme düzeylerini hiç gevşemedim, orta düzeyde gevşedim ve çok

gevşedim seçeneklerinden birini belirlemeleri istenmiş ve bu değerler subjektif ölçüm olarak kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde sayı, yüzde, ki-kare varyans, faktöriyel varyans, mann whitney ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Analizler sonucunda araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinde her iki grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Gebelerin araştırmaya katıldıklarında gebelik haftası ortalamaları açısından her iki grup arasında önemli fark bulunmamıştır. Solunum ve progressif egzersizler uygulayan deney grubu gebelerin, doğum yaptığı gebelik haftası ortalaması 38,064, kontrol grubunun ise 37,419 olarak bulunmuştur. Deney grubunun doğum yapılan gebelik hafta ortalaması kontrol grubuna göre, bir hafta daha uzun olduğu belirlenmiştir. Buna karşın her iki grup arasında doğum gebelik haftası açısından anlamlı fark elde edilememiştir.

Araştırmada deney grubunda yer alan gebelerde solunum ve progressif egzersizleri uygulama sonrası gevşeme sağlanmıştır. Gebelerin, solunum ve progressif egzersizleri uygulama öncesi ve sonrası vital bulgu değerlerinde azalma şeklinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

Araştırma sonucunda araştırmacılara, gebelikte egzersizlere daha erken haftalarda başlama ve daha fazla sayıda gebe ile çalışmalarını önerilebilir. Prenatal bakımda çalışan ebe ve hemşireler için preterm eylem durumlarında uygulanan hemşirelik bakımı kapsamına rutin olarak gevşeme egzersizlerini almaları ve ebe- hemşirelerin müfredat programlarında gevşeme tedavisinin yer alması önerilebilir.

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF RESPIRATORY AND PROGRESSIVE EXERCISES ON THE PREGNANCY PERIOD OF THE PREGNANTS WHO HAD A DIAGNOSIS OF PRETERM LABOR**

This research has been studied among the pregnant women who had a diagnosis of preterm labor in order to investigate the effect of respiratory and progressive exercises on the continuation of their pregnancies. It was studied among the pregnant women determined by Aydın Maternity Hospital at their homes in the period from November 2001 to 10 January 2003.

The research has been planned as semi-experimental, cross-sectional and progressive. While the universe of the study contained all the pregnant women who had a diagnosis of preterm labor and were treated in Aydın Maternity Hospital, its sample consisted of the pregnant women with a preterm labor diagnosis who were treated in Aydın Maternity Hospital in the period from November 2001 to 10 January 2003 and were pregnancy weeks at 28-35 and were appropriate to limitations.

In matching the experimental and the control groups a questionnaire which has socio-demographic features and a score system of preterm birth risk factors developed by Herron, 31 pregnancies were participated in both experimental and control groups. In the demonstration of preterm birth risk factors questionnaire, the pregnant women who got a score of 0 to 5 were determined as a low risky group the ones who got a score of 6 to 9 were determined as a medium risky group and the ones who got a score of 10 or over were determined as a high risky group.



In the research, by being listened to a cassette which contains respiratory and progressive exercises published by Turkish Psychologists Association relaxation exercises were applied to the experimental group. In order to evaluate the effect of the relaxation exercises objectively, pregnant's vital data obtained before and after the exercises were compared. In addition to that, after the exercises in order to determine their relaxation levels, pregnant were asked to choose one of the options: I relaxed very much./ I relaxed moderately ./ I didn't relax at all. These data were regarded as a subjective measurement.

In data analysis; number, rate, ki- kare, variance, factorial variance, mann whitney and correlation analysis were used. As a result of the analyses, considering the socio-demographic features of the pregnant who participated in both experimental and control groups, no meaningful differences were seen between the groups.

When the pregnant participated in the research, there was no significant difference of average pregnancy weeks between the groups. The pregnant in the experimental group who applied respiratory and progressive exercises had an average of 38,064 pregnancy weeks. In birth on the other hand, the ones in the control group had an average of 37,419 pregnancy weeks. In birth it was determined that the average of pregnancy weeks the pregnant of the experimental group is one week longer than that of pregnant in the control group. In spite of this, comparing the birth pregnancy weeks it has been found no meaningful difference between the groups.

In the research, pregnant in the experiment group relaxed very much after the application of respiratory and progressive exercises. Before and after the application of

respiratory and progressive exercises meaningful decreasing differences were found in pregnant's vital data values.

As result of the research, the researchers can be offered to study with more pregnant's and to begin the exercises in the earlier pregnancy weeks. For the midwives and nurses who work in the prenatal care relaxation exercises should be routinely added into the content of nursing care in the cases of preterm labor and including the relaxation treatment in midwifery and nursing curricula can be offered.



## BÖLÜM VII

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Akdolun, N. (2001). Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunlar (Yayınlanmamış Doktora Tezi) H.Ü. SBE, Ankara,
2. Akgül, A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Yükseköğretim Kurul Mat, Ankara,
3. Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Kom. Yayın No: 09.0100 0000 000 /DK.0.1.042. 252, İzmir,
4. Aksakoğlu, G. (2001). Araştırma Projelerinin Planlanmasında Biyoistatistik Danışmanlığının Önemi ve Yer Bilimsel Araştırma Projelerinin Planlanması Ve Desteklenmesi Sempozyum Kitabı, İzmir, s: 15-18
5. Atasü, T., Türkmenoğlu, İ. (1994). Erken Doğum, Pratik Doğum Bilgisi. Alfa Basım, İstanbul, s: 247- 251
6. Ayn, N., Sherman,O.,Tupler, J. (1995). Birth Control, American Fitness; 13:1, p: 38-41
7. Baltaş, A. Baltaş, Z. (1997). Bedenin Gevşeme Cevabı Stres ve Başa Çıkma Yolları. 16.Basım. Remzi Kitabevi, İstanbul, s: 187- 199
8. Bennet, V.R., Brown L.K. (1999). Stress, Relaxation And Respiration Myles Textbook for Midwives, Edinburgh, p:882-884
9. Bobak, J.M., Sensen, M.D. (1993). Learning to Relax, Maternity and Gynecologic Care, Th. C.V. Mosby Comp., St. Louis, p: 274- 276

10. Boyacıoğlu, G., Kabakçı, E. Gevşeme Egzersizleri Kaseti . Türk Psikologlar Derneği Yayını. 3. Bsk. ( E. Jacobson kasetinden yararlanılmıştır.)
11. Coşkun, A., Karanisoğlu, H. (1992). Erken Doğum Tehdidi, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. AÖF . Yayınları. No: 566, Eskişehir, s: 229- 232
12. Dickason, Silverman, Schult. (1994). Preterm Birth, Maternal- İnfant Nursing Care Cop. By Mosby, p: 544- 552
13. Doğum İçin Egzersizler, [http:// www. Bebek. Com](http://www.Bebek.Com).
14. DSÖ. Dünya Sağlık Raporu (1998) 21. Yüzyıl'da Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon Çev. Ed. Metin B, Akın A, Güngör. S.B, T.C. S. B. Dış İlişkiler Başkanlığı, Ankara,
15. Egzersizler, [http:// www.ruh sağlığı org/pandost. Egzersizler. Htm](http://www.ruh.sagligi.org/pandost.Egzersizler.Htm).
16. Erganhouse, D.J. (1994). A Nursing Model for a Community Hospital Preterm Birth Prevention Program, JOGNN, 23: 9, p: 756- 764
17. Erken Doğum Eylemi, [http:// www.Kadın ve gebelik.org/ gebelik ve doğum/ erken doğum eylemi. Htm](http://www.Kadin.ve.gebelik.org/gebelik.ve.doğum/erken.doğum.eylemi.Htm).
18. Freston, M.S. and others.(1997). Responses of Pregnant Women to Potential Preterm Labor Semptoms, JOGNN, 26: 1, p: 34- 41
19. Gündem, D., Uçan, E.S. (2000). Kan Basıncı Ölçümü Uygulama Becerisi Eğitim Rehberi Paramedikler İçin Mesleksel Beceriler Dokuz Eylül Üniversitesi Rek. Mat. 1. Bsk. Yayın No: 09.7777.2800. 000-DK.00.007.228, İzmir, s:9-10
20. Gjere, N., (2001) Psychopharmacology in Pregnancy, Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 14:4, Gaithersburg, p:12-25

21. Gorrie, T.M. et. al. (1998). Prenatal and Postnatal Exercises, Foundations of Maternal Newborn Nursing.W.B. Saunders Comp, USA, p: 5-7
22. Hedegaard, M., and others. (1993). Psychological Distress in Pregnancy and Preterm Delivery, BMJ, 24:307, p: 234- 239
23. Heffner, L.J., and others. (1993). Clinical and Enviromental Predictors of Preterm Labor Obstetrics and Gynecology, 81: 5,1, p: 750- 757
24. Herron, M.A., Dulock, H. (1987). Preterm Labor Risk Factors, Preterm Labor Series 2 : Prenatal Care Module. 5. ed. 2. White Plains , N.Y.
25. İnanç, N. ve diğerleri. (1999). Yaşam Bulguları, Hemşirelik Esasları, Damla Mat. Ltd. Şti., Ankara, s:171 -193
26. Janke, J. (1999). The Effect of Relaxtion Therapy on Preterm Labor Outcomes JOGNN, 28:3, p: 255- 263
27. Jones, D.P., Collins, B.A. (1996). The Nursing Management of Women Experiencing Preterm Labor: Clinical Guidlines and Why They Are Needed, JOGNN, 25 : 7, p:569- 592
28. Kansu, E. (2001). Araştırma Projelerinde Konu Seçimi, Planlama, Yazım ve Sunum Teknikleri Bilimsel Araştırma Projelerinin Planlanması , Hazırlanması ve Desteklenmesi Sempozyum Kitabı Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, s:3-7
29. Keirse, M.S., and others. (2000). Risk of Preterm Delivery in Patient With Previous Preterm Delivery and /oOr Abortion Med. Pr. 51: 6, p: 609-614
30. Koehn, M.L.(2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort, Holistic Nursing Practice, 15:1, p:66-77

31. Luke, B., and others. (1995). The Association Between Occupational Factors and Preterm Birth:A United States Nurses's Study American Journal of Obstetrics and Gynecology, 173: 3, p: 849- 862
32. Mackey, M. C., Willams, C.A., Tiler, C. (2000). Stress, Preterm Labour and Birth Outcomes, Adv Nurs, 32:3, p:666-674
33. Monomi, A.K. (2003).Violence Against Women Increases The Risk Of Infant And Child Mortality: A Case Referent Study In Nicaragua, World Health Organization. Bulletin Of The Worl Health Organization,81:1, Genava, p:10-19
34. Mundell, E.J. Stress in Early Pregnancy My Increase Risk of Preterm Birth, <http://www.Nursing.Center.Com.Stress.Htm>.
35. Neyzi, O., and others. (1987). Relationships Between Some Maternal Factors and Pregnancy Outcome Human Biology, 59: 3, p: 387 –398
36. Newton, R.W., and others. Psychosocial Stress in Pregnancy and Its Relation to The Onset of Premature Labour B.R. Med.J. 118:2 (61-87: PMID 486966 (Pub Med- Indexed For Medline) p: 411-413
37. Nicholson, K. (2001). Weaving A Circle: A Relaxation Program Using Imagery and Music, Journal of Pallative Care, 17:3,Toronto, p:173-178
38. Nordentoft, M., and others. (1996). Intra Uterine Growth Retardation and Premature Delivery : The influence of Maternal Smoking and Psychosocial Factors American Journal Public Health, 86:3, p: 347- 354
39. Püskülcü, H., İkiz, F. (1989). İstatistiğe Giriş, Bilgehan Basımevi, İzmir

40. Pletsch, P.K., Morgan, S. (2002). Smoke Free Families: A Tobacco Control Program for Pregnant Women and Their Families, Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, JOGNN, 31:1, Philadelphia, p:39-47
41. Ronald, S., and others. (1997). Use of Antibiotics to Prevent Preterm Birth AMJ.Obs.Gyne, 177: 2, p: 375-379
42. Ruiz, R.J. (1999). Psychoneuroimmunology and Preterm Birth: A Holistic Model for Obstetrical Nursing Practice and Research MCN , The American Journal of Maternal/ Child Nursing, 24:5, p: 1- 8
43. Sağlık Bakanlığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1998). AÇS/AP Genel Müd. H.Ü. NEE,. Macroiernational, Ankara,
44. Scott, H.M., and others. (2001). Evalaution of A Community- Wide Preterm Birth Prevention Program, Canadian Journal Of Public Health, 92:5,Ottawa, p:328-330
45. Serafine, M. (1998). Predicting Low -Risk Pregnant Women's Attendance at A Preterm Birth Prevention Class, JOGNN, 27:3, p: 279- 287
46. Seyahi, V., Seyahi, A. (1999). Gevşeme Yolları, Stresten Arınma + Pozitif Yaşam. İnkılap Kitabevi, Ankara, s: 100- 112, 129
47. Siedlecka, J., and others. (2000). Risk Factors for Preterm Birth in A Group of Unemployed Women 2. Analysis of İndipended Variables, Adv. Nurse 33:3, p:666-674
48. Spiegler, M.D. (1985). Deep Muscel Relaxation, Contemporary Behavioral Therapy Cop. Mayfield Pub.Comp, California, p:229 –232

49. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K. (1988). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara,
50. Stres, <http://www.Elma.FreeWebSpace.com/html/firmalar.Htm>.
51. Şahin, N.H. (1994). Gevşeme Teknikleri ve Yararları, Stresle Başa Çıkma . Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2, Ankara, s:101- 106
52. Taikeun, P., and other. (1984). Previous Experience of Induced Abortion as a Risk Factor for Fetal Death and Preterm Delivery İntj.Gyn.Obs. 22, p: 195-202
53. Taşkın, L. (1997). Preterm Eylem, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Mat., Ankara, s: 295- 296
54. Taşkın, L. (2002). Erken Doğum Eylemi Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara, s: 540- 577
55. Tavmergen, H., Cüreklibatür, F. (1975). Gevşeme Egzersizleri, Obstetride Rehabilitasyon Antenatal ve Postnatal Egzersizler. E.Ü.Mat., İzmir, s: 9-25
56. Teitelman, A.M., and Others. (1990). Effect of Maternal Work and Low Birth Weight, American Journal of Epidemiyology, 131:1, USA, p:104 – 113
57. Topsever, Y. (1991). Deney Düzenleri, Psikolojide Araştırma, Deney ve Analiz. E.Ü. Edebiyat Fak. Yayın No: 60 E.Ü. Basımevi, Bornova-İzmir, s: 15-20
58. Ulusoy, M.F., Görgülü, R.S. (2001). Yaşamsal Bulgular, Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler (Fundamentals of Nursing Basic Priciples and Methods) 1:1, 5.bsk. (5. th.ed) 72TDFO Ltd.Şti., Ankara, s: 145-180
59. Ünal, M., ve diğerleri. (2000). Stresle Başa Çıkma Yolları Paneli,Kanal A, s: 1-9



60. Wildschut, H.I.J., and others.(1997). Are Sociodemographic Factors Predictive of Preterm Birth? A Reappraisal of The 1958 Biritish Perinatal Mortality Survey. British Journal of Obstetrics and Gynecology ,104:1, p:57- 63
61. Yetimalar, H., ve diğerleri. (2000). Gebeliğin Seyrine ve Sonucuna Etki Eden Faktörlerin Multivariant Analiz, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 14, s:41-49
62. Yoga, Htp:// www. Yeniçağ evi .com.
63. Yurdakul, S., Stressiz Bir yaşam için, http://www. Psikiyatri. Com.



**EK : 1**

**SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKETİ**

1- Kaç yaşındasınız?

- a- 17 yaş ve altı
- b- 18 – 23 yaş
- c- 24 – 29 yaş
- d- 30 – 35 yaş
- e- 36 – 41 yaş

2- Eğitim durumunuz nedir?

- a- okur-yazar değil
- b- ilkokul mezunu
- c- ortaokul mezunu
- d- lise mezunu
- e- üniversite mezunu

3- Kaç kez gebe kaldınız ?.....

4-Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?.....

5- Gelir düzeyiniz nasıldır?

- a- Gelir giderden az
- b- Gelir gidere denk
- c- Gelir giderden fazla

6- Doğurganlık durumunuz nedir?

- a- Primipar (ilk kez doğuracak)
- b- Multipar (birden fazla doğurmuş)

7- Tokolitik tedavisi (erken doğum tedavisi) alma durumunuz nedir ?

- a- Evet
- b- Hayır

8- Ev dışında başka bir işte çalışıyor musunuz ?

- a- Evet (.....)
- b- Hayır

**EK:2****PRETERM DOĞUM RİSK FAKTÖRLERİ (24)**

<b><u>FAKTÖR</u></b>	<b>SKOR</b>
<b>SOSYAL OYKÜ</b>	
<b>Annenin yaşı:</b>	
17 yaş ve altı	4
	2
40 yaş ve üstü	
<b>Annenin eğitimi:</b>	
9-11 yıl	1
8 yıl ve altı	2
<b>Kilo alt ve üst sınırları:</b>	
Gebelik öncesi 45.5kg ve altı	3
22 haftada 3.3kg altı	2
Kilo kaybı 22 haftada 2.3kg	3
<b>Boy:</b>	
152cm altı	3
<b>Evde okul öncesi yaş çocuk olması</b>	(Sayısı ile)
<b>Gebelik kaybı 2 ve daha fazla</b>	1
Birinci trimester düşük	(Sayısı ile)
İkinci trimester düşük	(Sayısı ile)
<b>Ev dışında çalışma:</b>	1
Ağır iş	3
Ev ile iş arasında mesafenin uzun olması	3
<b>Günde 11'den fazla sigara</b>	2
<b>TIBBİ ÖYKÜ</b>	
Pyelonefrit	4

Servikal koni biyopsisi	5
Uterin anomali	5
İnsülin bağımlı diyabet	2
<b>Preterm eylem öyküsü:</b>	
EMR	10
Preterm eylem	10
<b>Şimdiki gebelikte problemler:</b>	
Vajinal enfeksiyon	3
Bakteriüri	2
12. hf. sonra kanama	4
Servikal dilatasyon	4
Servikal uzunluğun 1cm az olması	4
Plasenta previa	5
Oligohidroamnios	5
Çoğul gebelik	10
Servikte cerrahi	2
Abdomende cerrahi	1
Ateşli hastalık	3
Proteinüri	2
Hipertansiyon	2

**EK: 3****SOLUNUM VE PROGRESSİF EGZERSİZLER REHBERİ****SOLUNUM EGZERSİZLERİ.(10,13,15,50,63,)**

1. Rahat bir şekilde oturun veya uzanın
2. Gözlerinizi kapatın
3. Burnunuzdan düzenli, normal hızında zorlamadan nefes alın
4. Ağızınızdan dişlerinizin arasından nefesinizi verin
5. Nefesinizi tutmayın normal hızında ve düzenli olsun
6. Nefes verirken rahatla kelimesi üzerine yoğunlaşın
7. Burnunuzdan yavaş derin bir nefes alın, tutun, tutun ve ağızınızdan yavaşça verin
8. Nefes alma ve verme sürenizin eşit olmasına dikkat edin
9. Nefes alıp vermeye devam edin, düzenli, zorlamadan, normal hızında olmasına dikkat edin

**PROGRESSİF EGZERSİZLER**

1. El ve kol kaslarınız için ellerinizi yumruk halinde sıkın, iyice sıkın, el ve kollarınız gergin olsun, gerginliği hissedin
2. El ve kollarınızı eski haline getirin, elleriniz açın, gevşetin
3. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin

4. Kol kaslarınız için kollarınızı dirseklerinizden bükerek ellerinizi omuzlarınıza değdirin, iyice gerin ve kollarınızdaki gerginliği hissedin
5. Yavaşça kollarınızı yana doğru indirin ve gevşetin
6. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
7. Omuz kaslarınız için omuzlarınızı mümkün olduğu kadar yukarı doğru kaldırın, gergin hale getirin ve yavaşça eski haline getirin, gevşetin
8. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
9. Boyun kaslarınızı başınızı mümkün olduğu kadar geriye doğru iterek gerginleştirin ve yavaşça eski haline getirin, hiç gerginlik kalmasın
10. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
11. Boynunuzun arkasındaki kaslar için başınızı öne doğru eğin ve çenenizi göğsünüze değdirmeye çalışın ve yavaşça eski haline getirin
12. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
13. Yüz kaslarınız için kaşlarınızı çatın, gözlerinizi sıkıca yumun, dudaklarınızı büküp dişlerinizi birbirine kenetleyin ve bu şekilde yüzünüzü mümkün olduğunca buruşturun ve yavaşça eski haline getirin
14. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
15. Göğüs kaslarınız için derin bir nefes alın, bir süre tutun ve yavaşça nefesinizi verin
16. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin

17. Karın kaslarınız için karnınızı iyice içinize çekin, iyice sıkın , gerginliği hissedin ve yavaşça eski haline getirin
18. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
19. Kalça kaslarınız için kalçalarınızı iyice sıkın, gerginliği hissedin ve yavaşça gevşetin
20. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
21. Bacak kasları için bacaklarınızı hafifçe havaya kaldırın ve ayak parmaklarınızı yere doğru yaklaştırın, gerginliği hissedin ve yavaşça eski haline getirin
22. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
23. Bacaklarınızı yukarı doğru kaldırın ve ayak parmaklarınızı kendinize doğru yaklaştırın, gerginliği hissedin ve yavaşça eski haline getirin
24. Burnunuzdan yavaş, derin nefes alın, ağızınızdan nefesinizi verin
25. Gevşekliğin tüm vücudunuza yayıldığını hissedin, birkaç dakika bu gevşeklik durumunu sürdürün
26. Gözlerinizi açın, yerinizden kalkarken ani hareketlerden kaçın

**EK: 4**

**VİTAL BULGULARI DEĞERLENDİRME FORMU (19,25,58)**

**ARTERİYEL KAN BASINCI ÖLÇME REHBERİ**

1. İşlemi gebeye açıklama
2. Gebeyi sandalye veya koltuğa oturtma
3. Üst koldaki giysilerini yukarıya sıvazlama (sıkı olmamalı)
4. Brakial arter nabızı parmakla hissetme
5. Tansiyon aletinin manşetini, brakial arter nabzın hissedildiği yerden 2.5 cm üzerine düzgün bir şekilde yerleştirme
6. Manometreyi göz hizasında tutma
7. Tansiyon aletinin puarını kapatma
8. Steteskopun kulaklığını kulağa, tamburunu brakial arter üzerine yerleştirme
9. Tansiyon aletini pompalayarak gebenin normal sistolik kan basıncının 30 mm Hg üstüne kadar şişirme
10. Yavaşça puarı açma
11. İlk duyulan atım sesini manometredeki seviyeden sistolik basıncı olarak tanımlama
12. Manşetin havasını boşaltmaya devam etme ve son duyulan atım sesini manometrede diyastolik basınç olarak tanımlama



13. Manşette kalan tüm havayı boşaltma ve manşeti koldan çıkarma

14. İşlem sonucunu gebe ile paylaşma

15. Bulunan değeri izlem formuna kaydetme

### **NABIZ SAYMA REHBERİ**

1. İşlemi gebeye açıklama

2. Gebeyi sandalye veya koltuğa oturtma

3. Ön kolunu göğsünün üzerine kıvrırma

4. İşaret, orta ve yüzük parmaklarını radyal arter üzerine koyma

5. Nabız atışını hissetme

6. 1 dakika süre ile nabızı sayma

7. Sonucu gebe ile paylaşma

8. Bulunan değeri izlem formuna kaydetme

### **ATEŞ ÖLÇME REHBERİ**

1. İşlemi gebeye açıklama

2. Gebeyi sandalye veya koltuğa oturtma

3. Alkollü pamukla dereceyi silme (civalı kısımdan gövdeye doğru)

4. Dereceyi göz seviyesinde tutup, 35 °C altında olup olmadığını kontrol etme

5. 35 °C altında değilse bilekten sallayarak 35 °C altına düşürme

6. Gebenin koltuk altı terli ise kurulamasını sağlama

7. Dereceyi koltuk altına yerleştirme
8. Kolunu kapatma ve ön kolunu göğsünün üzerine koyma
9. 8-10 dakika bekleme ve dereceyi alma
10. Dereceyi kuru pamukla silme (gövdeden cıvalı bölüme doğru)
11. Dereceyi göz hizasında tutma ve okuma
12. Sonucu gebe ile paylaşma
13. Bulunan değeri izlem formuna kaydetme

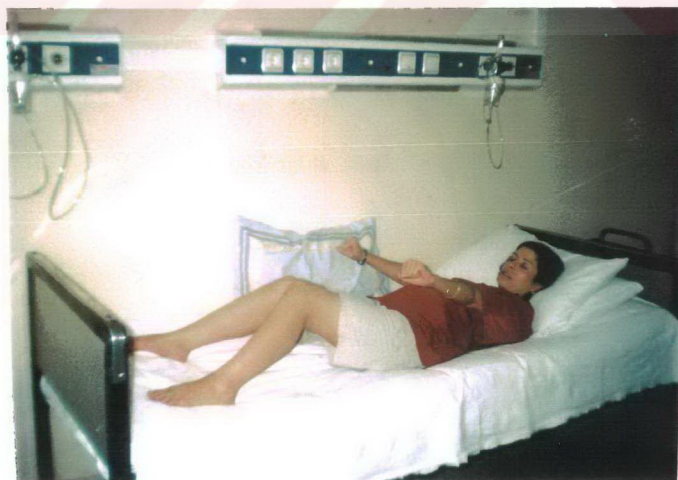
### **SOLUNUM SAYMA REHBERİ**

1. İşlemi gebeye açıklama
2. Gebeyi sandalye veya koltuğa oturtma
3. Gebenin ön kolunu göğsünün üzerine kıvrırma
4. İşaret, orta ve yüzük parmaklarını radial arter üzerine koyma
5. Gebeye nabız sayıyormuş hissi vererek solunumu sayma
6. Soluk alma ve vermeyi bir solunum sayarak 1 dakika solunumu sayma
7. Sonucu gebe ile paylaşma
8. Bulunan değeri izlem formuna kaydetme

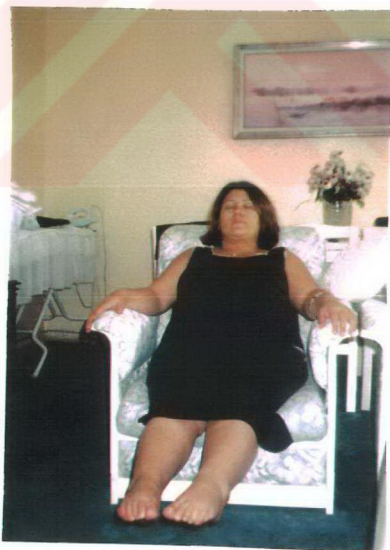


## RESİMLER









## ÖZGEÇMİŞ

Hilmiye Aksu 04.09.1967 yılında Konya'nın Ereğli ilçesinde doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya'da tamamlamış, 1986 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda öğrenimine başlamış 1990 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl İzmir Atatürk Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başlamış ve aynı görev yerinde 1995 yılı sonuna kadar kalmıştır. 1992 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında başladığı yüksek lisans çalışmalarını 1996 yılında tamamlamıştır. Aynı yıl Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda çalışmaya başlamış ve üç yıl sonra Sağlık Yüksekokuluna, kadrosu alınmıştır. 1998 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalında doktora eğitimine başlamış ve halen çalışmalarına devam etmektedir.

T.C. FÜRKÜLEŞİM VE İZMİR  
DOKÜMANTASYON MÜDÜRLÜĞÜ